

**KOGNITIVE PROZESSE
BEI DER
INDIKATION
PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERFAHREN**

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Marianne Leuzinger
von Trub/Bern

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof.Dr. Ulrich Moser

**KOGNITIVE PROZESSE
BEI DER
INDIKATION
PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERFAHREN**

Abhandlung
zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Marianne Leuzinger
von Trub/Bern

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof.Dr. Ulrich Moser



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Dieser Druck ist eine Kurzfassung der Originalarbeit
mit dem gleichen Titel,
die in der Zürcher Zentralbibliothek zugänglich ist.



Vorwort

Das Interesse an den kognitiven Prozessen des Klinikers bei der Indikationsstellung entstand im klinisch-psychologischen Alltag einer Beratungsstelle innerhalb der Universität. Abklärungsgespräche mit anschliessender Indikationsstellung nehmen eine zentrale Stellung in meiner klinischen Tätigkeit ein.

Bei unseren Abklärungen verwenden wir in der Regel die psychoanalytische Interviewtechnik (vgl. Argelander, 1972). Die darin enthaltene, spezifisch psychoanalytische Art der Informationsgewinnung und -verarbeitung faszinierte mich zunehmend: z.B. wird durch die Haltung der frei schwebenden Aufmerksamkeit versucht, die eigenen Denkprozesse bei der Indikationsstellung zu beobachten: die Aufmerksamkeit ist gleichzeitig nach aussen, auf den Patienten, wie nach innen, auf eigene kognitive und affektive Prozesse ausgerichtet. Feinste innere Reaktionen sollen registriert, codiert und in ihrer Bedeutung in der aktuellen interaktiven Situation analysiert werden.

Doch nicht nur kreativ und faszinierend erlebte ich diesen Wahrnehmungsprozess, er schien mir auch sehr störungsanfällig zu sein: Werden z.B. durch den Patienten eigene Konflikte angesprochen und gelingt es nicht, diese zu analysieren, werden die kognitiven Prozesse eingeengt und gehemmt. Lasse ich mich durch äussere oder innere Bedingungen unter Druck setzen, kommen die inneren Saiten kaum ins Schwingen. - Mehr über die kognitiven und affektiven Prozesse bei der Indikationsstellung wie auch über mögliche Störfaktoren zu erfahren, war eines der Anliegen dieser Arbeit.

Zu dieser Neugierde kamen noch weitere Motivationen: eine Beratungsstelle im Rahmen einer Universität steht in einem besonderen Spannungsfeld: z.B. wird an sie die Forderung nach "Wissenschaftlichkeit" herangetragen: Wie "objektiv" sind die gestellten Indikationen? Wie zuverlässig die benutzten Informationsquellen (z.B. die eigene Gegenübertragung)? Wie wirkt sich die Verwendung einer psychoanalytischen Interviewtechnik auf die Informationsgewinnung und auf die Urteilsbildung aus? Wie stark beeinflussen eigene Identifikationen (z.B. mit der Psychoanalyse) die Indikationsstellungen? etc. Besonders die letzten Fragen sind brisant: Als Kliniker innerhalb einer Ausbildungsstätte für Klinische Psychologen stehen wir unter dem Anspruch, uns in verschiedenen Therapietheorien (z.B. Verhaltensmodifikation, Gesprächspsychotherapie und Psychoanalyse, u.a.) auszukennen und Indikationen im eigentlichen Sinne zu stellen, nämlich als Wahl zwischen verschiedenen Therapieverfahren unterschiedlicher theoretischer Herkunft und nicht nur als Wahl einzelner Therapietechniken innerhalb eines bestimmten theoretischen Rahmens.

Diesen Anspruch tragen oft auch Patienten an uns heran, die sich an eine Beratungsstelle innerhalb der Universität wenden in der Hoffnung, hier eine "seriöse", "wissenschaftliche" Betreuung zu erhalten.

Beim Studium der Indikationsliteratur zeigte sich, dass man ehrlicherweise diesem Anspruch gar nicht genügen kann: es gibt keine "Metatheorie der Indikationsstellung", sondern nur schulenspezifisches Wissen zur Indikation. Zudem steckt die seriöse empirische Erforschung der Indikation zwischen Psychotherapieverfahren unterschiedlicher theoretischer Prägung erst in den Anfängen (Grawe und Ploog, 1976): sie stand lange im Zeichen der Polemik und führte kaum zu verlässlichen Resultaten:

"So hatten auch empirische Vergleichsstudien bisher eher die Funktion, Munition für die ideologische Auseinandersetzung zwischen verschiedenen Therapieschulen zu liefern, als Brücken zu schlagen für einen intensiveren Austausch des innerhalb der einzelnen therapeutischen Orientierungen angehäuften Erfahrungswissens." (Grawe, 1976, S. 10)

Wir verfügen also weder über eine Theorie, aus der wir ableiten könnten, bei welchem Patienten sich welches Psychotherapieverfahren anbietet, noch über ein breiteres empirisch abgestütztes Wissen. Wie die einzelnen Kliniker mit dieser Situation umgehen, welche kognitiven Prozesse sich in ihnen bei der Indikationsstellung abspielen, wurde u.W. erst durch Blaser (1977, 79) untersucht. Ich schliesse mich mit meiner Untersuchung an seine Studien an.

Dass ich in meiner Untersuchung z.T. mit anderen Methoden als Blaser vorgehe, hängt ebenfalls mit dem Spannungsfeld unserer Indikationspraxis innerhalb der Universität zusammen: als klinische Psychologin in der Privatpraxis oder in einer psychiatrischen Klinik hätte ich kaum die Gelegenheit gehabt, mit Denkmethode der modernen kognitiven Psychologie intensiv in Berührung zu kommen. Die Idee, dass Computersimulationsmodelle der Künstlichen Intelligenzforschung neues Licht auf die kognitiven Prozesse des Klinikers bei der Indikationsstellung werfen könnten, wäre ohne die Anregung eines unserer Abteilungsleiter, Prof. U. Moser und seines Mitarbeiters, R. Pfeifer, Spezialisten auf diesem Gebiet, undenkbar.

Undenkbar wäre diese Arbeit auch ohne die Bereitschaft der 85 Kliniker und Laien, in dieser Untersuchung mitzuarbeiten und sich der Beobachtung ihrer Denkprozesse bei der Indikationsstellung zu öffnen. Ihnen gebührt als erstes mein Dank.

Für die eingehende Diskussion und Kritik der Arbeit sowie deren Vertretung vor der Fakultät möchte ich Herrn Prof. Dr. U. Moser

(Psychologisches Institut der Universität, Zürich, Abteilung Klinische Psychologie) danken, wie auch Frau Prof. I. Strauch, unserer zweiten Abteilungsleiterin, für ihre Unterstützung in fachlichen und praktischen Fragen.

Besonders danke ich Herrn PD Dr. A. Blaser für seine vielen Diskussionen und sein konstantes Interesse an der Entstehung der Arbeit sowie meinem Kollegen, Herrn Dr. R. Pfeifer für seine kompetente und freundschaftliche Unterstützung. Werner Bodmer und Raimund Drewek danke ich für ihre Mitarbeit bei der lexikalischen Textanalyse, Volker Conen und Michael Kaldeck bei der statistischen Datenverarbeitung, Maria Spötl, Silvia Frauenfelder und ganz besonders Bea Schaub für die umfangreiche Schreibarbeit und die Mitgestaltung des Manuskriptes, meinen Freunden Paul Arweiler, Lilian Berna, Michaela Grüntzig, Martin Kuster, Elisabeth Niedermann und Regula Schiess für die interessanten und unterstützenden Diskussionen und Werner Bohleber für seine Anteilnahme, sein Mitdenken und die Lektüre des Manuskriptes.

Der folgende Text ist eine Kurzfassung der umfangreichen Originalarbeit (Leuzinger, 1980), die in der Zürcher Zentralbibliothek zugänglich ist (Inhaltsverzeichnis der vollständigen Arbeit: vgl. Anhang).

INHALTSVERZEICHNIS

=====

	Seite
1. Einleitung	
Problemstellung und Vorbemerkungen	1
1.1 Zum Stand der Indikationsforschung in verschiedenen Psychotherapietheorien	5
1.2 Empirische Untersuchungen zu kognitiven Prozessen bei der Indikationsstellung	14
2. Formulierung und Begründung der Fragestellung	21
3. Methodenwahl	25
4. Durchführung der Untersuchung	
4.1 Versuchsplan	28
4.1.1 Design	28
4.1.2 Setting der Untersuchung	28
4.1.3 Anweisung an die Beurteiler	29
4.1.4 Praktisches Vorgehen	31
4.1.5 Messmethoden	31
4.2 Kriterien bei der Auswahl der Videoaufzeichnung eines diagnostischen Interviews ("Gemeinsame") mit einem Patienten	34
4.3 Zusammenstellung der Beurteilergruppen	37
4.4 Hypothesen und Datenauswertungsplan	41
5. Vergleichsstudie mit der Untersuchung Blaser, 1977	
5.1 Darstellung der Untersuchung Blaser	42

5.1.1	Zielsetzung	42
5.1.2	Theoretischer Bezugsrahmen	42
5.1.3	Fragestellung	45
5.1.4	Experimentelles Design	45
5.1.5	Ergebnisse	46
5.2	Motive für die Vergleichsstudie	50
5.3	Fragestellung	56
5.4	Durchführung der Untersuchung	
5.4.1	Vergleichbares Design	57
5.4.2	Statistische Verfahren	58
5.5	Darstellung der Ergebnisse	
5.5.1	Indikationen und "empirische Persönlichkeitseigenschaften"	61
5.5.2	Persönlichkeitseigenschaften (bzw. Indikationsstellung) und subjektiver Sicherheitsgrad	68
5.5.3	Korrelation zwischen den Items	72
5.5.4	Struktur der Beurteilung	77
5.5.5	Itemeinschätzung und Indikation	86
5.5.6	Informationsmenge und Indikation	87
5.5.7	Präferenz für eine Therapieform und Indikation	88
5.5.8	Spezifische klinische Erfahrung und Indikation	89
5.5.9	Zusammenfassung	90
6.	Untersuchung zu den kognitiven Prozessen bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren	
	Eine theoriegeleitete, computerunterstützte Inhaltsanalyse der Denkprotokolle und der Gespräche mit den Beurteilern	94
	Vorbemerkung	94
6.1	Inhaltsanalytische Auswertung im Rahmen unserer Untersuchung	99
6.2	Strukturierung des Datenmaterials mit Hilfe einer lexikalischen Textanalyse	105

6.3	Theoriegeleitete Anwendung der computerunterstützten Inhaltsanalyse	108
	Vorbemerkung	108
6.3.1	Differenzierung der Fragestellung	109
6.3.2	Modelle kognitiver Prozesse	113
6.3.2.1	Clippinger: Ein Computermodell des psychoanalytischen Dialogs	113
6.3.2.2	Pauker, Gorry, Kassirer und Schwartz: Ein Computermodell zum klinischen Entscheidungsprozess	131
6.3.2.3	Unser Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren	142
6.3.2.3.1	Vereinfachte Uebersicht über das Modell	143
6.3.2.3.2	Uebersicht über die Kommunikationsstruktur kognitiver Prozesse	159
6.3.3	Darstellung vorliegender empirischer Befunde und Vorarbeiten	179
6.3.4	Durchführung der Analyse	180
6.3.4.1	Zubereitung des Materials	180
6.3.4.2	Problemstellung und Hypothesen	180
6.3.4.3	Kategoriensystem	185
6.3.4.4	Akzente bei der Durchführung der Analyse	193
6.3.4.5	Texteinheiten	193
6.3.4.6	Pretest Planung und Durchführung	193
6.3.5	Ergebnisse und Interpretation	197
	Vorbemerkung	
	ERGEBNISSE ZUR 3. PROBLEMSTELLUNG: INDIVIDUELLE PROBLEMLOESUNGSTYPEN BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG	
6.3.5.1	Einleitung	199
6.3.5.2	Uebersicht über die Daten der Denkprotokolle der 8 Prototypen von Problemlösungsprozessen	205
6.3.5.3	Kommentierte Denkprotokolle und zusammenfassende Charakteristiken der 8 Prototypen	210

Uebersicht

TYP I:	DER BRILLIANTE ROUTINIER	210
TYP II:	DER EXPERTE AUS ABWEHR	221
TYP III:	DER PATIENTENZENTRIERTE KÖNNER	226
TYP IV:	DER "HILFLOSE HELFER"	238
TYP V:	DER INTUITIVE	244
TYP VI:	DER INTELLEKTUALISIERENDE	251
TYP VII:	DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT	256
TYP VIII:	DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST	263

ERGEBNISSE ZUR 2. DIMENSION: AUSBILDUNGS- SPEZIFISCHE PROBLEMLÖSUNGSTYPEN BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG	270
---	-----

6.3.5.4	Einleitung	270
6.3.5.5	Zusammenfassende Ergebnisse zur 2. Problemstellung: Ausbildungsspezifische Problemlösungstypen	272

ERGEBNISSE ZUR 1. DIMENSION: SETTING- SPEZIFISCHE VARIABLEN BEI DER INDIKATIONS- STELLUNG	277
---	-----

6.3.5.6	Einleitung	277
6.3.5.7	Zusammenfassung der Beobachtungen zur 1. Dimension	279

<u>Literaturverzeichnis</u>	293
-----------------------------	-----

<u>Anhang:</u>	Standardisierte Information an die Laien	I
	Tabellen zur Strukturierung des Datenmaterials	II
	Schlüsselwörter für das Coding der kognitiven Kontexte	III
	Beispiele zur Informationsselektion	IV
	Zur Originalarbeit: Inhaltsverzeichnis	V
	Lebenslauf	
	Kurzzusammenfassung	
	Abstract	

UEBERSICHT UEBER DIE TABELLEN

	Seite
Tabelle 1: Faktorenanalyse der Untersuchung Blaser	47
Tabelle 2: Uebersicht über die gestellten Indikationen	59
Tabelle 3: Mittelwerte der Items pro Gruppe und Indikation	63
Tabelle 4: Durchschnittlicher subjektiver Sicherheitsgrad pro Item	69/70
Tabelle 5: Korrelationsmatrix (mit Laien)	73/4
Tabelle 6: Korrelationsmatrix (ohne Laien)	75/6
Tabelle 7: Nach Varimax rotierte Hauptkomponenten der Gesamtstichprobe (N = 84) (F = 6)	78/9
Tabelle 8: Nach Varimax rotierte Hauptkomponenten der Gesamtstichprobe (F = 5)	83/4
Tabelle 9: Uebersicht über Wechsel in der Indikationsstellung bei zunehmender Information in unserer Untersuchung	87
Tabelle 10: Uebersicht über die Problemlösungstypen bei der Indikationsstellung	208/9
Tabelle 11: Uebersicht über die Ergebnisse der 2. Problemstellung: Ausbildungsspezifische Problemlösungstypen	275/6
Tabelle 12: Häufigkeit der individuellen Problemlösungstypen in unterschiedlichen Settings	280

UEBERSICHT UEBER DIE DIAGRAMME

	Seite
Diagramm 1: Die explizite Indikation als Funktion der Wartzimmerdiagnose und der impliziten Indikation (Blaser)	43
Diagramm 2: Logisch-konsequente Darstellung des Modells von Clippinger	120
Diagramm 3: Planungsformationsprozesse	122
Diagramm 4: Gesprächsformationsprozesse	124
Diagramm 5: Gesprächsrealisierungsprozesse	125
Diagramm 6: Evaluationsprozesse	126
Diagramm 7: Kommunikationsstruktur der kognitiven Kontexte	128
Diagramm 8: Uebersicht über die Organisation der Computerprogramme (Modell von Pauker et al.)	133
Diagramm 9: Beispiel eines frames (Pauker)	136
Diagramm 10: Schematische Darstellung des "pattern-matching"	138
Diagramm 11: Kognitive Prozesse bei der Indikationsstellung (vereinfachte Uebersicht als konsequente Abfolge)	144
Diagramm 12: Kommunikationsstruktur kognitiver Prozesse (Darstellung kognitiver Kontexte und ihrer Interaktion)	162
Diagramm 13: Grafische Darstellung der 8 individuellen Problemlösungstypen	200

Vorbemerkungen

Diese Untersuchung befasst sich mit den kognitiven Prozessen des Klinikers* bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren.

Das Problem der Indikationsstellung wurde bisher in Untersuchungen meist darauf eingegrenzt, welches Verfahren bei welchen Patienten am ehesten Erfolg haben wird. Erst in neuester Zeit wird problematisiert, dass, anders als oft in der Medizin, aus dem Krankheitsbild nicht bereits die Art der Behandlung abzuleiten ist. Wir haben verschiedene konkurrierende psychotherapeutische Richtungen, die sich zur Behandlung der gleichen psychischen Störung anbieten. Aufgrund von welchen Kriterien ist zwischen diesen unterschiedlichen Angeboten zu wählen ?

Grawe (1978) weist auf die Bedeutung der unterschiedlich gesteckten Therapieziele bei verschiedenen Verfahren hin. U.E. sind bei der Indikationsstellung nicht nur unterschiedliche Zielvorstellungen zu reflektieren, sondern u.a. auch die verschiedenen metapsychologischen Orientierungen der psychotherapeutischen Schulen (z.B. liegt der Schwerpunkt psychoanalytischer Therapien eher auf einer Persönlichkeitsreifung, bzw. auf Selbsterkenntnis des Patienten, während der Schwerpunkt verhaltensmodifikatorischer Therapieformen sich eher auf effiziente Verhaltensänderungen richtet), sowie pragmatische und soziale Gesichtspunkte.

In die Indikationsstellung gehen u.E. viele individual- und sozialpsychologische Variablen ein, die wir mit dieser Untersuchung erforschen möchten. Wir gehen von der Annahme aus, dass die kognitiven Prozesse des Klinikers geprägt sind:

*Mit Kliniker meinen wir abkürzend alle, die Indikationen stellen (Klinische Psychologen, Psychiater, Psychotherapeuten etc.)

- a) von Patientenvariablen (Persönlichkeitsvariablen, Art der Störung, aktuelle Lebenssituation, Motivation, Veränderungs-möglichkeiten u.a.)
- b) von Beurteilervariablen (Persönlichkeitsvariablen, Ausbildung, momentane Befindlichkeit u.a.)
- c) von der Art der Interaktion zwischen den beiden (Uebertragungs- / Gegenübertragungsgeschehen, soziale Nähe u.a.)
- d) vom spezifischen Setting, in dem die Indikation stattfindet (z.B. Privatpraxis, Klinik, Beratungsstelle u.a.)

Diese Faktoren beeinflussen die Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse bei der Indikationsstellung.

Wir beschäftigen uns im folgenden nicht mit der Güte der Indikationsstellung, deren Zuverlässigkeit und Treffsicherheit, sondern mit dem Prozess, der zur Indikationsstellung führt. Wir werden aufzeigen, dass es vom gegenwärtigen Stand der Indikation- und Therapieforschung her schwer zu sagen ist, ob eine Indikation eindeutig "gut" oder "schlecht" ist, denn diese Entscheidung beruht nicht vorwiegend auf wissenschaftlich abgestützten Kriterien, sondern u.a. auch auf ethischen und pragmatischen Auffassungen. Diesem Umstand können wir mit unserer Untersuchung nicht abhelfen, dagegen zielt unsere Untersuchung u.a. darauf hin, dem Kliniker zu ermöglichen, seine eigenen Urteilsprozesse wahrzunehmen und zu verbalisieren, gleichviel welches Wissen zur Indikation er auch immer haben mag. Auf diese Weise wird es ihm möglich, sich selbst und nötigenfalls auch dem Patienten transparent zu machen, aufgrund welcher Informationen und Ueberlegungen er zu welchem Urteil bzw. welcher Indikation kommt. Eine vermehrte Transparenz der klinischen Urteilsbildung ist schon wegen der Relevanz der getroffenen Entscheidung für das Leben des Patienten selbst (z.B. jahrelange grosse Psychoanalyse, medikamentöse Behandlung etc.) zu erhoffen.

Wir möchten mit dieser Arbeit dem Kliniker helfen, seine Sensibilität für die eigenen kognitiven Prozesse zu schärfen, die in ihm während der Indikationsstellung ablaufen.

Damit haben wir mit unserer Untersuchung einen anders ausgerichteten Untersuchungsschwerpunkt als die Untersuchungen zur klinischen Urteilsbildung, die in der klinischen Psychologie recht zahlreich sind.

"Der Begriff der klinischen Urteilsbildung umfasst den kognitiven Prozess, der sich bei der Aufnahme und Verarbeitung von Information über Personen, meist Patienten, abspielt und zu einer Diagnose (auch Persönlichkeitsbeschreibung) und/oder Vorhersage führt." (Leichner, 1978, p. 1499)

Die klinische Urteilsbildung beschäftigt sich vor allem mit dem Zuordnen vorgegebener Stimuli in meist feststehende Urteilkategorien, wobei angenommen wird, dass im Gedächtnis abgespeichertes Wissen eine regelhafte Zuordnung zulässt.

Die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung enthalten die "klinische Urteilsbildung", gehen aber über die Diagnosenstellung oder die Persönlichkeitsbeschreibung und die Einschätzung der Prognose hinaus, indem sie zu einer Entscheidung führen, welches psychotherapeutische Verfahren einem Patienten angemessen ist.

Wenden wir uns nun der Gliederung unserer Arbeit zu:

Unsere Untersuchung besteht aus zwei grossen Teilen:

- a) einer Vergleichsstudie zu der im Vorwort erwähnten Untersuchung von A. Blaser (1977, 1979), die sich ebenfalls mit dem klinischen Urteilsprozess bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren befasst (Kapitel 5)
- b) einer computerunterstützten, theoriegeleiteten Inhaltsanalyse zu den kognitiven Prozessen des Klinikers bei der Indikationsstellung (Kapitel 6).

Da wir theoretische Ansätze als auch methodische Fragen detailliert in den beiden Teilen selbst diskutieren, beschränkt sich unsere Einleitung darauf, unser Vorgehen bei der Methodenauswahl (3.) und der Entwicklung unseres Untersuchungsdesigns (4.) verständlich zu machen. Zunächst erörtern wir darin kurz den Stand der Indikationsforschung in den verschiedenen Psychotherapietheorien (1.1). Wir werden darin zu dem Fazit kommen, dass es kein verlässliches Wissen zur Indikation im eigentlichen Sinne gibt, d.h. ein Wissen, das die Wahl zwischen psychotherapeutischen Verfahren unterschiedlicher theoretischer Orientierung (z.B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie u.a.) nahelegt. Was wir bis jetzt zur Verfügung haben, ist vorwiegend "schuleninternes" Wissen bei der Anwendung verschiedener therapeutischen Techniken innerhalb eines bestimmten theoretisch-therapeutischen Rahmens. Anschliessend (1.2) wird kurz dargestellt, welche methodischen Ansätze zur Untersuchung von kognitiven Prozessen bei der Indikationsstellung vorliegen, und begründet, warum wir ausser der erwähnten Vergleichsstudie eine theoriegeleitete Untersuchung durchführen. Aus diesen Ueberlegungen wird dann die generelle Fragestellung unserer Untersuchung abgeleitet (2.), die in den beiden Untersuchungsteilen (5. und 6.) noch spezifiziert wird.

Im Schlusskapitel werden die Ergebnisse der beiden Untersuchungsteile integriert und abschliessend diskutiert (7.).

ZUM STAND DER INDIKATIONSFORSCHUNG IN VERSCHIEDENEN
PSYCHOTHERAPIETHEORIEN

"Die Psychotherapieforschung hat, aus Gründen, die wir nur kurz streifen konnten, bisher wenig Material erbracht, das sich für die Frage der differentiellen Indikation (d.h. welche therapeutische Technik welche Effekte bei wem bewirkt, M.L.) auswerten lässt. Empirische Untersuchungen oder sonstige Publikationen, die sich ausdrücklich mit der Frage der Indikation befassen, sind so selten, dass es z.B. die Herausgeber des Psychological Abstracts bisher nicht für sinnvoll gehalten haben, ein Stichwort "Indikation" einzuführen, ebenso wie es die Autoren oder Herausgeber von Lehr- und Handbüchern der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bisher offenbar noch für verfrüht gehalten haben, das Thema Indikation in eigenen Abschnitten zu behandeln." (Grawe, 1978, p. 1851).

Einer der Gründe für diesen Stand der Indikationsforschung haben wir einleitend erwähnt: die Indikationsfrage war seither geprägt von der ideologischen Auseinandersetzung zwischen den verschiedenen Psychotherapietheorien. In neuester Zeit tauchen zwar vermehrt Autoren auf, die sich um eine sachlichere Auseinandersetzung bemühen und nach Kriterien suchen, die eine äussere Differenzierung (Fürstenau, 1976), d.h. eine Wahl zwischen psychotherapeutischen Verfahren unterschiedlicher theoretischer Herkunft, erlauben würde (Grawe u. Plog, 1976, Goldstein und Stein, 1976 u.a.) oder sogar an eine Kombination zwischen solchen verschiedenen Verfahren denken (Martin, 1973, Woody, 1973, Shectman, 1975, Wachtel, 1975, Rudnitzki und Huber, 1977 u.a.). Doch sind diese Arbeiten Einzelphänomene verglichen mit der grossen Anzahl Untersuchungen zu der Binnendifferenzierung (Fürstenau, 1976), d.h. der Indikation verschiedener psychotherapeutischer Techniken innerhalb eines bestimmten theoretischen Rahmens.

Wir können hier nicht detailliert auf den Stand der Indikationsforschung in einzelnen Psychotherapietheorien eingehen,

sondern wollen nur einige Auffälligkeiten, die für unsere Untersuchung relevant sind, herausgreifen. Eine breitere Uebersicht ist z.B. bei Blaser (1977) oder Dörflinger, Elber und Lippuner (1976) zu finden (vgl. auch unser Literaturverzeichnis). In der Psychoanalyse* wurden viele Arbeiten zur Indikation geschrieben (Enke, 1971, Harty, 1971, Limentani, 1972, Heigl, 1972, 1976, Kennel, 1974, Ursano und Dressler, 1974 u.a.). Sie drehten sich oft um die Indikation zur "grossen Analyse" verglichen mit anderen psychoanalytischen Verfahren. Z.B. ist der Ausspruch Waldhorns (1960) über den möglichen Analysepatienten bekannt geworden: "sick enough to need it and healthy enough to stand it." In diesem Zitat wird auf eine Auseinandersetzung angespielt, die sich historisch an dieser Frage entzündete und auch heute noch in Diskussionen auftaucht: Eine Gruppe von Analytikern ist der Auffassung, dass die Indikation zur grossen Analyse sehr eng zu stellen ist, aufgrund einer genauen diagnostischen und prognostischen Abklärung. Es wird versucht, minutiös Indikations- und Eignungskriterien zu definieren, die eine solche Selektion gewährleisten. Analytiker mit dieser Forschungsintention sind z.B.: Houben (1975), Pruyser (1976), Kuiper (1968), Bellak und Small (1972) u.a.. Tyson und Sandler (1974 schreiben nach einer Durchsicht der Indikationsliteratur dieser Gruppe etwas lakonisch, dass dies dazu führen kann

"dass wir uns in der paradoxen Lage befinden, dass der Patient mit den idealen Voraussetzungen für eine Analyse, keine benötigt." (p. 545).

Die zweite Auffassung finden wir oft bei Analytikern mit einem sozialen Engagement. Sie sind der Ueberzeugung, dass ein so aufwendiges Verfahren wie die grosse Psychoanalyse ausgesprochen für Patienten eingesetzt werden soll, die schwer gestört sind.

*Wir schränken uns in dieser Arbeit auf die Psychoanalyse Freud-scher Prägung ein, wenn wir von "Psychoanalyse" reden. Wir sind uns bewusst, dadurch auf eine wichtige Differenzierung innerhalb der tiefenpsychologischen Schulen verzichten zu müssen.

"One may say that in doubtful cases the indications are nevertheless in favour of psychoanalysis: many individuals of this type cannot be helped by any other therapeutic method, and psychoanalysis offers at least some hope." (Fenichel, 1945, p. 265).

Diese Ansicht führte u.a. zu der Verbreiterung des Anwendungsfeldes der Psychoanalyse z.B. auf die Behandlung von Psychosen, narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, Delinquenten, Perversionen etc. (Boyer, 1961, Kernberg, 1973, 1975, Morgenthaler, 1978).

Doch diese Auseinandersetzung ist nur eine von vielen, die sich an der Indikationsfrage in der psychoanalytischen Forschung entfachte: z.B. kristallisierten sich an diesem Problemkreis u.a. die kritische Haltung der Antipsychiatrie gegen das medizinische Modell (z.B. Foucault, 1969, Dörner, 1969, Szasz, 1972) aber auch wissenschaftstheoretische Dispute. Die Ansichten reichen hier von der Ueberzeugung der Notwendigkeit einer umfassenden empirischen Erforschung dieses Gebietes bis zu der konträren Haltung, dass eine solche Forschung an den Konflikten bei der Indikationsstellung nichts wesentliches verändere, weil hier persönliche Werte und Vorlieben des Analytikers eine zentrale Rolle spielen.

"Es scheint schwierig, objektive und allgemeine Grenzen der Analysierbarkeit festzusetzen, die weder den Erfahrungsgrad des Analytikers noch seiner spezifischen Begabung oder seiner theoretischen Orientierung gerecht werden." (Green, 1975, p. 509).

Auch die zentrale Frage, ob die Psychoanalyse ein vorwiegend therapeutisches Instrument ist oder anderen Zielen dient, etwa der Selbsterkenntnis des Patienten, taucht oft auf in der Indikationsdiskussion z.B. für psychoanalytische Kurzverfahren (Klüwer, 1971, Balint, Ornstein, Balint, 1973, Beck, 1974, Grüntzig und Meyer, 1978).

Jedenfalls gewinnt man beim Lesen der umfangreichen psychoanalytischen Indikationsliteratur den Eindruck, dass eine rege

Auseinandersetzung stattfindet, die stark persönliche Züge des jeweiligen Autors trägt und oftmals mehr auf weltanschaulichen Reflektionen als auf empirische Untersuchungen ausgerichtet sind. Dies geht auch eindrücklich aus der tabellari-schen Zusammenstellung von 25 empirischen Arbeiten zur Frage der Analysierbarkeit* hervor, die Bachrach und Leaf (1978) in ihrem Uebersichtsartikel aufführen (p. 892-894). Die Beobachtungen oder empirisch erhobenen Daten, auf die sich die betreffenden Autoren stützen, sind vorwiegend Fallstudien, Lebensgeschichten und klinische Interviews. Ebenfalls eindrücklich ist die Heterogenität der Beurteilung der Analysierbarkeit in den verschiedenen Studien.

Die Ansicht, die Namnun (1968) schon vor mehr als 10 Jahren geäußert hat, gilt wohl auch heute noch in Bezug auf den Wissensstand der Psychoanalyse zur Indikation:

"Our knowledge concerning the indication and contraindication for psychoanalytic therapy and the problem of analysability is fragmentary and contradictory." (p. 271).

Doch wie steht es mit dem Wissen zur Indikation in anderen Therapietheorien?

"Auch die Verhaltenstherapie (Unterstreichung M.L.) hat sich bisher wenig um Indikationskriterien gekümmert." (Blaser, 1977, p. 144).

Es ist uns aufgefallen, dass in verhaltenstherapeutischen Lehrbüchern oft das Stichwort "Indikation" nicht aufgeführt wird (Kraiker, 1974, Blöschl, 1974) oder dann nur die Binnendifferenzierung, also die Indikation zwischen verschiedenen verhaltensmodifikatorischer Techniken darunter subsummiert wird. (Schulte, 1974, Kanfer und Phillips, 1969, Kanfer und Goldstein, 1975,

*Man unterscheidet zwischen Eignung für eine Behandlung (Fähigkeiten und Eigenschaften des Patienten, die die Behandlung begünstigen) und Analysierbarkeit, einem vieldeutigen Begriff von Waldhorn, 1967. Kriterien der Unterscheidung sind nicht klar. Wir sprechen im folgenden nur von Analysierbarkeit.

Braun und Tittelbach, 1978 u.a.).

Wahrscheinlich ist dies nicht zufällig, sondern Ausdruck der Abgrenzung der Verhaltenstherapie gegen andere psychotherapeutische Ansätze, die mit ihrem Selbstverständnis als "wissenschaftliche" Therapie zusammenhängt.

"Von Anfang an stand die Verhaltenstherapie in dramatischem Kontrast zu anderen psychotherapeutischen Bemühungen. Anstelle der Verwendung ungetesteter und schlecht definierter Methoden für nur vage und allgemein gehaltene diagnostische Begriffe mit unspezifischen Ergebnissen versuchten Verhaltenstherapeuten experimentell getestete Gesetze und Techniken anzuwenden, um systematische und messbare Resultate zu erzielen. Der Verhaltensansatz wird durch die Spezifität, mit welcher Probleme als solche identifiziert und Ziele gesteckt werden, belegt." (Lazarus, 1978 a.p. 23).

So vertreten die Verhaltenstherapeuten auch eine eigene Auffassung des diagnostisch-therapeutischen Vorgehens: Diagnose und Therapie lassen sich nicht voneinander trennen (vgl. Kanfer und Saslow, 1965, Schulte, 1974, Hartig, 1975). In dieser Konzeption stellt sich die äussere Differenzierung bei der Indikation nicht mehr, denn diese Art der Indikation ist bereits gestellt, wenn begonnen wird, verhaltenstherapeutisch abzuklären: die Ueberweisung an eine nicht verhaltenstherapeutische Therapieform ist hier nicht vorgesehen. Diagnostische und praktische Phase gehen ineinander über, ohne einen Indikationsschritt im eigentlichen Sinne.

"Mit dem Anspruch, sie sei wissenschaftlich und gerade auch wissenschaftlicher, als etliche andere Psychotherapiemodelle, bekundet die Verhaltenstherapie, dass sie eine einheitliche metatheoretische Position vertritt, die sich als gemeinsamer Bezugspunkt für vergleichende Psychotherapieforschung rechtfertigen lässt. Hinter diesen Anspruch zurückzufallen, hiesse Verhaltensmodifikation nicht ernst zu nehmen, oder sich naiv zu stellen." (Becker, Gebhart, Wutka, 1979, p.3).

Innerhalb ihres theoretischen Modells hat die Verhaltensmodifikation viele Vergleichsstudien zu der Effizienz unterschied-

licher Techniken (z.B. systematische Desensibilisierung versus Selbstkontrolle) durchgeführt (vgl. Mahoney, 1974, Hartig, 1975 a, b, Bernas und Gerne, 1977, Lazarus, 1978, a, b, u.a.).

Ihre Anwendungsbereiche gründen weniger auf theoretischen Überlegungen als auf solche Effektuntersuchungen. Als klassische Gebiete für die Anwendung verhaltenstherapeutischer Techniken gelten u.a. Phobien, Selbstsicherheitsprobleme, Sprechängste, Stottern, funktionelle sexuelle Störungen, Anorexien, Tics, Arbeitsstörungen.

Wir finden also auch in der Verhaltenstherapie ein ausschliesslich schuleninternes Wissen zur Indikation. Die Indikation zu anderen psychotherapeutischen Verfahren wird erst in jüngster Zeit in Betracht gezogen (z.B. Krause, 1973, Lovaas, 1971, Lazarus, 1978) und widerspricht ihrer metatheoretischen Position.

In der Gesprächspsychotherapie wurde u.E. bisher der Indikationsfrage nicht zentrale Aufmerksamkeit geschenkt. Minsel (1975) fasst in einer umfangreichen Dokumentation den damaligen Stand der Forschung und der theoretischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie zusammen. Bezüglich der Indikation schreibt er:

"Die Indikation/Kontraindikation der gesprächspsychotherapeutisch/klientenzentrierten Psychotherapie ist bisher überwiegend ungeklärt." (p. 56).

In den Arbeiten von Rogers (1972, 1973) finden wir widersprüchliche Aussagen zur Indikation. Er relativiert seine aufgestellten Indikationskriterien nachträglich, weil sie die Gefahr mit sich bringen, dass sie eine diagnostisch-wertende Haltung beim Indikationsstellenden fördern, eine Haltung, die in der Gesprächstherapie nicht erwünscht ist. Wir begegnen also auch hier wieder ethischen Gesichtspunkten im Zusammenhang

mit der Indikation.

Einzelne neuere Arbeiten nehmen auf Indikationsfragen Bezug (Bommert, 1977, Frohburg, 1974, König, 1978). 1979 erschien u.E. die erste umfangreichere Untersuchung zum Thema Indikation in der Gesprächspsychotherapie (Zielke, 1979). U.a. wird darin der Versuch unternommen, Aussagen zur differentiellen Indikation zur Gesprächstherapie an Hand einer Prozessgleichung der Aenderungsvorhersage zu machen. Damit wird u.a. intendiert, Entscheidungsprozesse nicht nur auf reine statistische Entscheidungen zu reduzieren, sondern die Gesprächspsychotherapie in ein theoretisches Bedingungsgefüge einzubetten.

Diese Untersuchung ist sicher ein wichtiger Schritt in der Indikationsforschung der Gesprächspsychotherapie. Dennoch haben wir den Eindruck, dass hier die Forschung noch in den Kinderschuhen steckt. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die Gesprächspsychotherapie eine relativ junge Therapierichtung ist. Das Interesse an der Indikation erscheint, wissenschaftshistorisch gesehen, erst in der Phase der Paradigmakonkurrenz: wenn ein neues Paradigma gebildet wird, befinden sich dessen Anhänger zuerst einmal in einer euphorischen Stimmung, in der die neuen Einsichten, im Kontrast und in der Absetzung zu denen des alten Paradigmas, tendenziell überschätzt* werden (vgl. Kuhn, 1976). So ist es interessant, dass Freud (1905) anfänglich annahm, seine Therapiemethode auf alle Patienten anwenden zu können und erst später diese Ansicht revidierte (z.B. 1919).

Eine ähnliche Entwicklung lässt sich in der Verhaltensmodifikation verfolgen (vgl. Eysenck und Rachmann, 1972, Groeben, 1975, Arweiler, 1978).

*Ein eindruckliches Beispiel für dieses Phänomen ist die Art und Weise, wie sich z.B. gegenwärtig neuere Therapieformen in den Medien anpreisen.

Die einzige Untersuchung im deutschsprachigen Raum, die wir als realistische Studie zur differentiellen Indikation betrachten können, ist die von Grawe und Plog (1976). Sie liessen eine vergleichbare Gruppe von Phobikern von Verhaltenstherapeuten und Gesprächstherapeuten behandeln und stellten fest, dass beide Methoden erfolgreich waren, aber zu qualitativ unterschiedlichen Therapiezielen führten. Für die Indikation erwies sich die Variable "Leidensdruck" als entscheidend: Ein Patient mit einem sehr ausgeprägten Leidensdruck profitiert von einem verhaltenstherapeutischen Vorgehen mehr als von einem gesprächspsychotherapeutischen. Die Patienten lernen in den beiden Therapien Unterschiedliches: in der Verhaltenstherapie zählt für den Patienten vor allem die Symptomreduktion, während in der Gesprächspsychotherapie die Patienten lernen, über ihr Symptom, aber auch über andere Probleme, zu sprechen.

Solche differenzierten Untersuchungen wären in grossem Umfang nötig, um ein empirisch abgestütztes Wissen der Indikation zugrunde legen zu können. Doch von diesem Stand des Wissens sind wir noch weit entfernt. Gegenwärtig verfügen wir weder über ein umfangreiches empirisch abgestütztes Wissen zur Indikation, noch über eine "Metatheorie der Indikationsstellung", d.h. eine Metatheorie, aus der wir ableiten könnten, warum welcher Patient am meisten von welcher Therapie profitiert. Was wir gegenwärtig zur Verfügung haben, ist fast ausschliesslich Wissen zur Binnendifferenzierung, d.h. Indikationswissen zu psychotherapeutischen Techniken innerhalb eines bestimmten theoretischen Rahmens.

Allerdings scheint sich in jüngster Zeit ein vermehrtes Problembewusstsein zu dieser Situation in den verschiedenen Psychotherapietheorien zu bilden, das zu intensiverer Forschung zur differentiellen Indikation führen könnte.

So war z.B. der 31. Kongress der DGfP in Mannheim 1978 dem Indikationsproblem gewidmet (s. Seidenstücker und Baumann, 1978).

"Die dort vorgenommene Bestandesaufnahme macht jedoch deutlich, dass es noch erheblicher Anstrengungen bedarf, bis die Indikationsforschung in der Lage ist, die Erwartungen von therapeutisch arbeitenden Praktikern zu erfüllen, nämlich verbindliche Entscheidungsgrundlagen für den Einzelfall zur Verfügung zu haben." (Zielke, a.a.O., p. 11).

2 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZU KOGNITIVEN PROZESSEN BEI
DER INDIKATIONSSTELLUNG

An der eben erwähnten Situation der Indikationsforschung können wir mit unserer Untersuchung wenig verändern. Wir möchten aber mit unserer Arbeit so etwas wie eine "Soforthilfe" für den Praktiker entwickeln, indem wir die kognitiven Prozesse näher beleuchten, die gegenwärtig, beim jetzigen Wissensstand, während der Indikationsstellung ablaufen. Die vermehrte Einsicht in die eigenen kognitiven Prozesse sollen dem Kliniker helfen, Einflüsse und Störvariablen auf seinen Urteilsprozess besser abschätzen und auf diese Weise transparenter mit dem "subjektiven Faktor" (Horn, 1972) umgehen zu können.

Die einzige Untersuchung, die sich u.E. mit einer ähnlichen Thematik beschäftigt, ist die von A. Blaser: Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie (1977) und seine Validierungsstudie (1979). Wir finden zwar eine ausgedehnte Literatur zur klinischen Urteilsbildung (vgl. z.B. Lechner, 1978), die sich aber vorwiegend mit der Diagnosen- und Prognosenstellung beschäftigt und den eigentlichen Entscheidungsprozess zur Indikation psychotherapeutischer Verfahren nicht miteinschliesst.

Blaser ging in seinen Studien folgendermassen vor:

In der Originalstudie liess er 20 Patienten durch 13 Kliniker der Psychiatrischen Poliklinik Bern anhand einer Rating-skala beurteilen. Anschliessend wurde eine Diagnose und eine Indikation gestellt. Dieses Datenmaterial wurde faktoren- und diskriminanzanalytisch ausgewertet. Dabei stellte sich u.a. heraus, dass ausser den Patienteneigenschaften die Gefühle des Therapeuten wesentlich an der Indikationsstellung beteiligt sind (1. Faktor: Sympathie). Weiter trennen nur un-

gefähr ein Drittel der Indikationskriterien (Items) zwischen den verschiedenen Indikationen. Blaser interpretiert dies anhand von Theorien der Personenwahrnehmung als Hinweis auf den Einfluss von Indikationsstereotypen auf die Urteilsbildung: der Urteilsprozess des Klinikers verläuft u.a. wegen der beschränkten menschlichen Kanalkapazität weniger komplex als angenommen (vgl. 5.).

Blaser verwendet zur Untersuchung von kognitiven Prozessen ein Instrumentarium, das man als klassisch für die Intelligenzforschung bezeichnen könnte. Man könnte sie Korrelationsforschung nennen, denn die Daten werden nach Faktoren untersucht, die mit dem kognitiven Geschehen interpretatorisch in Verbindung gebracht werden.

Einen anderen Weg bei der Untersuchung kognitiver Prozesse schlagen jene Forscher ein, die Theorien über informationsverarbeitende Systeme verwenden. Dörner (1976) nennt diesen Forschungsansatz "kybernetisch orientierte Forschungsstrategien" * (z.B. Dörner, Lutz und Meurer, 1967, Klix, 1968, Goede und Klix, 1971, Lüer, 1973, Dörner, 1974 und 1976). Sie nehmen Ansätze der empirischen Denkpsychologie der Dreissiger und Vierziger Jahre wieder auf, die nach Dörner seit etwa 1960 "eine fast stürmisch zu nennende Renaissance" erlebt (1974, p. 2). Sie ist verknüpft mit einer allgemeinen Neubelebung der theoriegeleiteten Forschung in der Psychologie, die in den letzten Jahren hinter der fast allein auf die Entdeckung von Zusammenhängen ausgerichteten Korrelationsforschung zurückstand.

"Voraussetzung für die Neubelebung der Theoriebildung nicht nur in der Denkpsychologie war der "kybernetische Standpunkt", von dem aus gesehen psychische Phänomene Erscheinungen an und in einem informationsgeleiteten System sind. Man versucht, das Verhalten, die Eigendynamik und die Vergangenheitsabhängigkeit des "System Mensch" zu begreifen als Eigenschaften eines dynamischen informationsverarbeitenden Systems hoher Komplexität." (Dörner, 1976, p. 4).

*Wir halten diese Bezeichnung für problematisch und sprechen im folgenden global vom "kognitionspsychologischen Ansatz".

Der kognitionspsychologische Standpunkt ist durch die folgenden Merkmale ausgezeichnet:

- ganzheitliche Betrachtungsweise der psychischen Prozesse*
- Betonung des Prozesscharakters psychischen Geschehens
- Hinwendung zur Phänomenologie des Einzelfalles
- "empirisches und nicht-experimentelles Forschen"
(nach Newell und Simon, 1972) (Abkehr von komplizierten Designs zugunsten einer stringenteren theoretischen Beleuchtung einzelner Phänomene). (vgl. Dörner, a.a.O., p. 2 ff.).

Die Forschungsgruppe um Dörner untersuchte Themen der allgemeinen kognitiven Psychologie, z.T. detaillierte Fragestellungen wie Problemlösungsstrategien bei Interpellationsproblemen (Dörner, 1974) oder Lösen von mathematischen Denkaufgaben (Lür, 1972) oder Informationsverarbeitungsprozesse beim Konzepterwerb (Dörner, Lutz und Meurer, 1967). In neuester Zeit versuchen sie auch, kognitive Prozesse in sehr komplexen Realitätsbereichen zu untersuchen, z.B. in einer Studie, in der Versuchspersonen aufgefordert werden, sich in die Rolle eines Bürgermeisters einer Kleinstadt zu versetzen, der die anstehenden Probleme dieser komplexen Sozialstruktur zu lösen hat (Dörner, 1979, Dörner, Drewes und Reither, 1975). Unseres Wissens wurden von ihnen selbst aber noch keine klinischen Fragestellungen bearbeitet, obschon zur Illustration gewisser Sachverhalte zuweilen Beispiele aus der Psychologie und Psychiatrie diskutiert werden. (Dörner, 1976).

*Der Aufschwung dieser Forschungsansätze ist verknüpft mit dem Aufkommen der grossen informationsverarbeitenden Maschinen und der damit verbundenen Möglichkeit, gleichzeitig eine grosse Menge von Variablen und ihre wechselseitige Beeinflussung zu berücksichtigen. Z.B. programmiert man in der Computersimulation Computer so, dass sie dynamische Modelle der interessierenden Systeme repräsentieren und kann auf diese Weise verfolgen, wie sich bestimmte Variablen auf die innere Struktur der "organisierten Komplexität" eines reticulären Systems auswirken. Ein reticuläres System besteht nicht aus einer oder mehreren, voneinander unabhängigen Wirkungsketten, sondern ist ein Wirkungsnetz mit meist vielgestaltigen Rückkopplungen und Interaktionen. (vgl. Dörner, a.a.O., p. 5).

Ein Versuch u.a. kognitionspsychologische Denkweisen und grundwissenschaftliche Erkenntnisse der kognitiven Psychologie auf die klinisch-psychologische Praxis anzuwenden, unternimmt Kaminski (1970). Sein Modell kann auch auf den Urteilsprozess des Klinikers bei der Indikationsstellung angewendet werden und beeindruckt durch die Breite des Spektrums an berücksichtigten theoretischen und praktischen Gesichtspunkten.

Eine weitere Anwendung finden wir bei Krause (1977), der die kognitiven Theorien von Dörner (1975) und Guilford (1964) zur Erklärung des produktiven Denkens verwendet. Auch diese Arbeit bringt fruchtbare Gesichtspunkte für die kognitiven Vorgänge des Klinikers bei der Indikationsstellung.

Unmittelbar klinische Fragestellungen werden häufig in einem weiteren Gebiete der kognitiven Psychologie, der Künstlichen Intelligenzforschung ("artificial intelligence") bearbeitet. Pfeifer unterscheidet zwei Hauptrichtungen der Künstlichen Intelligent (KI) -Forschung. Die eine versucht für Probleme, deren Lösung "Intelligenz" (in einem populärpsychologischen Sinne) braucht, möglichst effiziente Computerprogramme zu schreiben: die Performance-orientierte KI-Forschung. Die zweite beschäftigt sich mit der Nachbildung von menschlichem Denken: die psychologisch orientierte (oder motivierte) Künstliche Intelligenzforschung (Pfeifer, 1979, p. 15). In Forschungsprojekten dieser Richtung wird die Computersimulation häufig als Instrument zur Theoriebildung verwendet:

"Im ersten Schritt der Theoriebildung ist ein allgemeines, sprachlich formuliertes Konzept ausgearbeitet worden. In einem iterativen Vorgehen folgen schrittweise Formalisierungen von Teilkonzepten, deren Überprüfung auf Konsistenz mit bereits formalisierten Teilen und mit experimentellen Daten, gefolgt von entsprechenden Ueberarbeitungen, Modifikationen und Neuformulierungen dieser Teilkonzepte und des Gesamtkonzeptes. So entstand mit der Zeit ein formales Modell in Form einer Menge von untereinander verknüpften Ausdrücken einer formalen Sprache." (Moser et al., 1977, p. 64)

Auf die Theoriebildung in der Klinischen Psychologie wurde diese Methode verschiedentlich angewendet (z.B. von Moser, Schneider und v. Zeppelin auf die psychoanalytische Abwehrlehre (1968) und Moser, Pfeifer, Schneider und v. Zeppelin (1976) auf die Theorie von Schlaftraumprozessen (1976), von Colby und Gilbert auf ein Neurosemodell (1964), von Wegmann auf die Theorie des Gegenwillens (1977) u.a.).

Auf die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung liegt u.W. noch keine Anwendung vor. Die beiden folgenden Modelle scheinen uns im Hinblick auf eine solche Problemstellung besonders fruchtbar.

Erstens ist die das Modell von Clippinger, 1977.

Er generiert die kognitiven Prozesse einer Patientin während einer kurzen Sequenz einer psychoanalytischen Sitzung. Dabei entwirft er eine Theorie der Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse, die beeindruckt durch ihre Fähigkeit, differenziert komplexe kognitive Vorgänge zu beschreiben. Aus seiner Zielsetzung können wir ableiten, dass er es sinnvoll betrachtet, sein Modell auch auf andere klinische Fragestellungen zu übertragen :

"The purpose of this book, then, is to provide a preliminary but explicit framework whereby cognitive structures and processes can be studied and modelled from speech behavior. Although the data used for the modelling effort were taken from psychoanalytic episodes and the focus of the model building effort is upon a single patient, the theory and the method presented here are intended to have a generality beyond the clinical setting." (Clippinger, a.a.O., p.xii).

Sein Modell zur Erklärung der kognitiven Prozesse des Klinikers bei der Indikationsstellung herbeizuziehen, ist naheliegend. Im Gegensatz zu dem Modell von Kaminski (1972) und auch zu Modellen der Personenwahrnehmung (z.B. dem von Warr und Knapper, 1968, vgl. p. 55) eignet sich dieses Modell besonders gut, Konflikte zwischen unterschiedlichen Gesichtspunkten (z.B. ethische versus strategische) bei der Indikationsstellung darzu-

stellen: Clippinger erweitert in seinem Ansatz das psychoanalytische Strukturmodell: er konzipiert u.a. 5 sogenannte kognitive Kontexte, die als "Mikrowelten" oder Aktionszentren verstanden werden können, die miteinander in vielfältiger Weise interagieren. Die kognitiven Prozesse ("Programme") der einzelnen Kontexte können gleichzeitig mit solchen anderer Kontexte ablaufen oder einander unterbrechen und hemmen. U.a. ermöglicht diese Konzeption der Komplexität des menschlichen Denkens eher gerecht zu werden als Modelle, die mit logisch-linearen* Abläufen allein auskommen (z.B. werden in Kaminskis Modell verschiedene Schleifen wie Abrufen der Wissensspeicher, nacheinander durchlaufen: Verschiedene Gesichtspunkte während der diagnostischen Phase werden nacheinander überlegt. Dass und wie sie miteinander in Konflikt geraten können, ist u.W. wenig im Modell enthalten.)

Zweitens greifen wir ein Modell heraus, das sich mit den diagnostischen Entscheidungsprozessen des Mediziners beschäftigt: Pauker, Gorry, Kassirer und Schwartz (1976). Die Autoren simulieren die Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse des Mediziners bei der Indikationsstellung, also ein analoges Problem der Medizin. Anders als beim Modell von Clippinger wird hier besonderes Gewicht auf die Entscheidungsprozesse gelegt, die man anhand ihrer Konzeption differenziert darstellen kann.

*Mit "linearen" Abläufen bezeichnen wir die "sequentielle Strategie" (nach Cronbach und Gleser, 1965), z.B. eine sich wiederholende Abfolge "Überprüfung von Hypothesen" und "neue Hypothesen", die mit der Erstellung einer Diagnose endet.

Dörner diskutiert die Vor- und Nachteile dieser, wie er sie nennt, "kybernetisch orientierten Forschungsstrategien" verglichen mit der Korrelationsforschung (1974, p.7 ff). Er weist Untersuchungen wie denjenigen Blasers einen wichtigen Stellenwert bei einer ersten Erkundung eines neuen Problemfeldes zu: sie sind Netzen vergleichbar, die aus einem Meer von Variablen relativ wenige Zusammenhänge herausfischen wollen. Dem gegenüber fischen die theoriegeleiteten Forscher gezielter: die Theorie gibt ihnen an, wie und in welchem Umkreis sie ihren Fischzug starten sollen.

2.

FORMULIERUNG UND BEGRÜNDUNG DER GENERELLEN FRAGESTELLUNG

Ausgangspunkt für unsere Untersuchung war die undifferenzierte Frage: Wie gehen andere Kliniker vor, wenn sie das optimale psychotherapeutische Verfahren für einen bestimmten Patienten suchen ? Wie lösen sie den entstehenden Konflikt zwischen der Erwartungshaltung des Patienten, eine "seriöse, wissenschaftliche" Indikationsstellung zu erhalten, und dem eigenen fragmentarischen Wissen darüber ?

Grawe (1978) nimmt an, dass das Vorgehen des Klinikers bei der Indikationsstellung als Abfolge von drei Entscheidungsschritten beschrieben werden kann:

1. Festlegung der für den Patienten angemessenen Therapieziele
2. Auswahl einer Therapiemethode, deren qualitative Effekte mit den Therapiezielen übereinstimmen,
3. Erstellung einer Erfolgsprognose: wird die in Aussicht genommene Therapiemethode die angestrebten Effekte bei diesem gegebenen Patienten tatsächlich in ausreichendem Masse herbeiführen ? (p. 1851).

Wir fragen uns einmal, ob diese Konzeptualisierung des Vorgehens bei der Indikationsstellung den tatsächlich im Kliniker ablaufenden Prozessen entspricht. Des weiteren, ob diese Konzeption der Indikationsprozesse nicht eher für ein verhaltenstherapeutisch geprägtes Denken charakteristisch ist. Z.B. würden es manche Psychoanalytiker und Gesprächspsychotherapeuten ablehnen, zu Beginn einer Behandlung eine genaue Zieldefinition für den Patienten festzulegen (vgl. 1.2). Es scheint uns wahrscheinlich, dass sich die Schulung nicht nur auf das Ergebnis der Indikationsstellung (vgl. p.1 ff.), sondern schon auf Charakteristika der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung selbst auswirkt. Um den klinischen Urteilsprozess zu optimieren (u.a. ein Ziel des Artikels von Grawe) wäre u.E. zuerst zu untersuchen, ob es einen charakteristischen psychoanalytischen, ver-

haltenstherapeutischen oder gesprächstherapeutischen (u.a.) Denkstil gibt, um dann in einem weiteren Schritt an die angestrebte Verbesserung dieser Urteilsprozesse herangehen zu können.

Weiter hat uns die kritische Frage beschäftigt, ob man nicht einem "Uniformitätsmythos" (Kiesler, 1966) huldigt, wenn man nach einem allgemein gültigen Vorgehen des Kliniklers bei der Indikationsstellung sucht. Es ist anzunehmen, dass nicht nur die Schulung, sondern auch persönlichkeits- und settingspezifische Variablen den klinischen Urteilsprozess beeinflussen. Z.B. hat Beckmann (1974) die Bedeutung persönlichkeitspezifischer Variablen in einer Untersuchung zur Uebertragung und Gegenübertragung bei Analytikern aufgezeigt. Neben den stabilen Persönlichkeitseigenschaften werden sich auch passagere individuumspezifische Variablen auf den kognitiven Prozess auswirken, wie etwa die momentane Stimmung des Kliniklers. Zudem ist es wahrscheinlich, dass das Setting, in dem die Indikationsstellung geschieht, den Urteilsprozess mitprägt. So wird ein Psychiater in einer Psychiatrischen Klinik mit wenig vorhandenen Psychotherapeuten bei der Indikationsstellung eher pragmatische Gesichtspunkte berücksichtigen müssen, als etwa ein Psychologe in einer Beratungsstelle, die viele Ueberweisungsmöglichkeiten an frei praktizierende Therapeuten unterschiedlichster theoretischer Orientierung zur Verfügung hat.

Nach unserer Kenntnis wurde bis jetzt der Einfluss solcher, oben genannter Beurteilervariablen auf den Urteilsprozess noch nicht untersucht. Auch Blaser (1977, 1979) thematisiert in seinen Untersuchungen diese Variablen nur am Rande. Es scheint uns aber dennoch lohnend, uns mit den eigenen, folgenden Fragestellungen an seine Untersuchung anzuschliessen:

1. WIE LASSEN SICH DIE KOGNITIVEN PROZESSE DES KLINIKERS
BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG BESCHREIBEN ?

Finden wir Hinweise auf persönlichkeits-, schulungs- und setting-spezifische Problemlösungsstrategien ?

Beobachten wir bei einer anderen Beurteilergruppe als der von Blaser ähnliche Merkmale des klinischen Urteilsprozesses, z.B. dass nur wenige Patienteneigenschaften "tatsächlich" etwas zu der differenzierten Indikationsstellung beitragen und Indikationsstereotype den Entscheidungen massgeblich zugrunde liegen ?

Die zweite Frage entspricht einem eher methodischen Interesse:

2. WIE WIRKT SICH DIE UNTERSUCHUNGSMETHODE AUF DIE ERKENNTNISSE
UEBER DIE KOGNITIVEN PROZESSE BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG AUS ?

Blaser stützt sich in seiner Untersuchung auf Modelle der Personenwahrnehmung und wertet seine Daten regressionsstatistisch aus. Wie beeinflusst dieses Vorgehen seine Aussagen zu den kognitiven Prozessen ? Welche Ergebnisse können wir erzielen, wenn wir statt dessen theoriegeleitet vorgehen (vgl. 1.2) und versuchen, das ganzheitliche, prozesshafte und auf den Einzelfall zentrierte Denken der kognitionspsychologischen Forschung auf den klinischen Urteilsprozess anzuwenden ? Lassen sich z.B. komplizierte Modelle der Künstlichen Intelligenzforschung fruchtbar zur Erklärung der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung beziehen ?

In der Ausformung dieser Fragen und Problemstellungen gehen wir über den Blaser'schen Ansatz hinaus. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt deshalb auf unserem zweiten Untersuchungsteil: der computerunterstützten, theoriegeleiteten Inhaltsanalyse von Denkprotokollen.

Die empirische Bearbeitung dieser Fragen dient dem Ziel, mehr Einblick in die eigenen kognitiven Prozesse während der Indikationsstellung zu gewinnen und dadurch den klinischen Urteilsprozess transparenter werden zu lassen. Zudem sollen mögliche Störfaktoren bei diesen kognitiven Vorgängen beleuchtet werden, um sie dann in der klinischen Praxis besser erkennen und dadurch auch kontrollieren zu können. Nur wenn es uns als Klinikern gelingt, unsere Informationsverarbeitungsprozesse bewusst zu verfolgen, können wir z.B. das Zustandekommen einer bestimmten Indikationsstellung uns selbst und dem Patienten begründen und im Hinblick auf Reliabilität, Validität und Objektivität reflektieren. So wird es z.B. möglich, den Einfluss eigener Identifikationen mit einer bestimmten Therapierichtung wahrzunehmen und als eigene "Optik" bei der klinischen Urteilsbildung zu berücksichtigen.

3. METHODENWAHL

Der inhaltlichen und der methodischen Fragestellung entsprechend besteht unsere Untersuchung aus zwei Teilen:

1. Eine Vergleichsuntersuchung zu der Studie von A. Blaser:
Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie (Kapitel 5), und
2. Eine eigene, theoriegeleitete Untersuchung zu den kognitiven Prozessen bei der Indikationsstellung (Kapitel 6).

ad 1) Die Methodenwahl für die Vergleichsstudie im ersten Untersuchungsteil ist durch die angestrebte Vergleichbarkeit mit der Berner Untersuchung von Blaser bedingt. Wir führen sie im 5. Kapitel näher aus. Blaser verwendete folgende Methoden zur Datenaufnahme:

- eine Ratingskala von 25 Items (22 zu Persönlichkeitsmerkmalen der Patientin, 3 zu Therapeutenvariablen)
- Angabe der "Subjektiven Sicherheit" bei der Itemeinschätzung und der Indikationsstellung auf einer weiteren Ratingskala.
- Indikations- und Diagnosestellung anhand eines Katalogs von Behandlungsmöglichkeiten und verschiedenen Diagnosen

Als Auswertungsmethoden setzt er vor allem faktoren- und diskriminanzanalytische Verfahren ein.

ad 2) Wie erwähnt, wollen wir aufgrund der beiden Modelle von Clippinger und Pauker ein eigenes Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung entwickeln und empirisch (nicht experimentell!) abstützen. Vor allem zwei Methoden der Datenerfassung werden in dieser Forschung angewendet:

- a) das "laute Denken" von Versuchspersonen bei Denkaufgaben
- b) die genaue Selbstbeobachtung von Versuchspersonen.

Diese Methoden wurden schon in den Zwanziger- und Dreissigerjahren in der empirischen Denkpsychologie benutzt, traten dann Jahrzehntelang in den Hintergrund und erlebten erst in jüngster Zeit eine Neubelebung. Es fiel uns als Kliniker auf, dass dies auch zwei der klassischen Untersuchungsmethoden der Psychoanalyse sind: das "laute Denken" erinnert an die Technik der freien Assoziation und die Introspektion ist auch heute noch die psychoanalytische Forschungsmethode.

Wir wenden diese beiden "offenen" Methoden an, im Sinne von systematischen Suchstrategien nach Indikatoren für kognitive Prozesse. Es muss hier nicht weiter darauf hingewiesen werden, dass wir kognitive Prozesse nicht direkt beobachten können, es sind Vorgänge in der "black-box" des Klinikers. Da wir normalerweise nicht laut, sondern leise denken, muss bei der Methode des "lauten Denkens" ein dadurch bedingter Störfaktor mitberücksichtigt werden. In der Denkpsychologie hat eine umfangreiche Diskussion stattgefunden, ob sich das Denken in sprachlichen Begriffen abspielt oder nicht (vgl. Piaget u. Inhelder, 1972, Wygotski, 1964). Wir können an dieser Stelle nicht auf diese Problematik eingehen. Wir fassen das "laute Denken" nicht als direkten "Spiegel der kognitiven Prozesse" auf, sondern als einen eigenen Verbalisationsprozess, der aber auf kognitiven Prozessen beruht und uns Indikatoren für das kognitive Geschehen liefern kann.

Während unseres ganzen iterativen Forschungsprozesses, der schliesslich zu unserem Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung führte, spielte die Introspektion eine grosse Rolle, die eigene bei vermehrter Beobachtung der kognitiven Vorgänge während der Erstinterviews und die von Kollegen, z.B. im Gespräch mit ihnen über ihre Art des Vorgehens bei der Indikationsstellung etc. In der Untersuchung selbst versuchten wir durch das Gespräch anschliessend an die eigentliche Untersuchung

("lautes Denken", Ratingsskala etc., vgl. 4.) die Introspektion der Kliniker für neue Beobachtungen und Ideen oder Verifikationen und Falsifikationen von gemachten Beobachtungen fruchtbar zu machen.

Zur Datenverarbeitung, bzw. zur Ueberprüfung der Konstistenz der entwickelten theoretischen Konzepte wurde in der Künstlichen Intelligenzforschung meist die Computersimulation eingesetzt. (vgl. 1.2). Wir versuchen hier einen anderen Weg als den der Computersimulation einzuschlagen, einen, der für uns praktikabler ist und der dem untersuchten klinisch-psychologischen Thema eher entspricht: wir verwenden eine computerunterstützte, theoriegeleitete Inhaltsanalyse.

Die Inhaltsanalyse ist eine klassische Methode der Massenkommunikationsforschung und eignet sich besonders, Prozessverläufe, latente Sinnstrukturen in Texten, sowie deren intentionale und kommunikative Inhalte zu untersuchen (vgl. 6.1). Wir haben es mit Denkprotokollen und Aufzeichnungen von Gesprächen zu tun. In diesem sprachlichen Material suchen wir nach Indikatoren, d.h. nach Hinweisen auf latente kognitive Prozesse. Diese kognitiven Prozesse betrachten wir ganzheitlich. Wir berücksichtigen, dass sie intentional sind, nämlich auf eine schliesslich zu stellende Indikation zielen, die dann einem Empfänger mitgeteilt (kommuniziert) wird. Die Inhaltsanalyse bietet sich als Auswertungsmethode für dieses Forschungsanliegen an.

4. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

4.1 VERSUCHSPLAN

4.1.1 Design

Aus den unter 3. erwähnten Gründen werden in unserer Untersuchung die Beurteilervariablen systematisch variiert, während die Patientenvariablen konstant bleiben. (Vergleich der Designs zwischen der Untersuchung Blaser und der vorliegenden vgl. 5.4.1.)

Übersicht über unsere Untersuchung

Beurteilergruppen	Datenmaterial	Datenaufnahme (Messinstrumente) (pro Beurteiler)
Gruppe A Psychologiestudenten n = 25	Videoaufzeichnung einer "Gemeinsamen"* <u>einer Patientin</u>	2 Denkprotokolle (Tonbandaufzeichnungen) 3 (sukzessive) Indikationsstellungen
Gruppe B Psychiater (ohne analytische Ausbildung) n = 18	in der Psych. Klinik Schlössli (sukzessiv in 3 Sequenzen vorgeführt)	1 Diagnosestellung 1 Rating der 25 Items nach Blaser
Gruppe C Analytiker (Freudscher Richtung) n = 23		1 Gespräch zwischen dem Beurteiler und dem Untersuchungsleiter
Gruppe D Laien n = 19		2 Fragebogen (1 zu den Beurteilerangaben) (1 zum Urteilsprozess)

4.1.2 Setting der Untersuchung

Uns interessieren alle, auch unauffällige Indikatoren für den kognitiven Prozess des Kliniklers während der Indikationsstellung. Solche Hin-

* Als "Gemeinsame" wird in den Psychiatrischen Kliniken der Schweiz die in der Regel wöchentlich stattfindende Teamkonferenz verstanden, in der Patienten vorgestellt werden und diskutiert wird, welche Behandlung indiziert ist.

weise berühren vermutlich die Intimsphäre des einzelnen Beurteilers, denn seine Persönlichkeit ist u.a. das Instrument seiner Wahrnehmung und mitbeteiligt am klinischen Urteil über die Patientin (vgl. Blaser, 1977, Beckmann 1974).

Es lag uns deshalb viel daran, das Setting der Untersuchung möglichst so zu gestalten, dass eine angstfreie, anregende Atmosphäre entstehe, die ein kreatives introspektives Beobachten der eigenen Urteilsbildung für den Kliniker ermöglichen sollte. Es ist einleuchtend, dass nur eine Einzeluntersuchung in Frage kam - in einer Gruppenuntersuchung sind solche diffizilen Prozesse nicht zu verfolgen. Weiter wurde darauf geachtet, dass der äussere Rahmen einladend und persönlich wirkte. Fast alle Untersuchungen wurden im Beratungszimmer der Untersuchungsleiterin durchgeführt, das mit einer mobilen Videoanlage ausgestattet wurde. Für einzelne Laien war es nicht möglich, zur Untersuchung nach Zürich zu kommen. In diesen Fällen fand die Untersuchung mittels der mobilen Videoanlage jeweils in der häuslichen Umgebung des Beurteilers statt.*

4.1.3 Anweisung an die Beurteiler

Aehnliche Bedeutung kam der Anweisung an die Beurteiler zu. Nach mehreren Voruntersuchungen realisierten wir, dass es am günstigsten ist, die

* Es stellt sich natürlich in diesem Falle die Frage nach der Standardisierung der Untersuchungssituation. Diese wurde durch die gleichbleibende Versuchsleiterin, Videoausrüstung, etc. einigermaßen gewährleistet - allerdings kann eingewendet werden, dass ein unterschiedlicher Experimentalraum (bei 8 Laien) unkontrollierbare Einflüsse auf die Ergebnisse haben könnte (vgl. z.B. Hartmann, 1970, p. 56ff.) Es ist jedoch zu bedenken, dass das Hauptgewicht unserer Untersuchung auf der Hypothesengenerierung, nicht der Hypothesenüberprüfung liegt (dies nur in der Vergleichsstudie mit der Untersuchung Blaser, zu der nur die Klinikerguppen A,B,C) verwendet wurden.

Beurteiler mit unserem Forschungsanliegen zu konfrontieren, ihnen unser Ziel transparent zu machen, in der Hoffnung, dass sie sich damit ein Stück weit identifizieren und bereit sind, sich zu öffnen und wesentliche, vielleicht auch intime Hinweise auf ihre Überlegungen während der Indikationsstellung mitzuteilen. Gelingt es uns nicht, die Angst zu mildern, die Angst jeder Versuchsperson eines wissenschaftlichen Experiments, man könne ihn "durchschauen", klassifizieren und (kritisch entwertend?) beurteilen (vgl. Leuzinger, 1980), erhalten wir wenig neue Einsichten in den Urteilsprozess. Die Anweisungen wurden jedem Beurteiler schriftlich zu Beginn der Untersuchung zum Lesen gegeben und allfällige Fragen dazu beantwortet.

4.1.4 praktisches Vorgehen

Die Untersuchung bestand aus folgenden Schritten:

1. Lesen der Instruktion
2. Ausfüllen des Fragebogens zur Erhebung der Beurteilerangaben (vgl.p.38).
3. 8 Minuten der Videoaufnahme des Interviews werden vorgeführt
4. Erstes Denkprotokoll (auf Tonband)
5. Erste Indikationsstellung (wird in eigenen Worten schriftlich festgehalten)
6. weitere 10 Minuten des Videobandes werden vorgeführt
7. Zweites Denkprotokoll (auf Tonband)
8. Zweite Indikationsstellung (anhand des Indikationskataloges von Blaser, vgl. p.77/78).
9. Rest der Aufnahme wird angeschaut
10. Rating der 25 Items nach Blaser
11. Dritte Indikationsstellung mit Diagnose (anhand des Indikationskatalogs und Diagnoseschemas)
12. Gespräch mit Untersuchungsleiterin (auf Tonband)
13. Fragebogen (wird zuhause innerhalb von 24 Stunden ausgefüllt).

Wir achteten darauf, dass die Dauer der Untersuchung 2 Stunden nicht überschritt (durchschnittlich dauerte sie 1 1/2 Stunden), da sonst mit einem Konzentrationsabfall gerechnet werden musste. Deswegen wurde der Fragebogen zuhause ausgefüllt. Es bewährte sich, dass die psychologisch anspruchsvollste Methode des lauten Denkens am Anfang der Untersuchung stand, als sich die Beurteiler noch frisch fühlten. Wir wiesen sie übrigens bei der Anfrage um ihre Mitarbeit darauf hin, dass wir froh wären, wenn sie die Untersuchung in einem entspannten Zustand durchführen könnten.

4.1.5 Messmethoden

Itemeinschätzung

Um die Vergleichbarkeit mit der Untersuchung Blaser zu ermöglichen, wurde die gleiche Einschätzungsskala von 25 Items verwendet (vgl.p.77/78). Blaser

entwickelte die Skala aufgrund eines Vorexperimentes. Im Itemkatalog sind vor allem die in der psychoanalytischen Literatur erwähnten Indikationskriterien aufgenommen worden. Zusätzlich wurde die Skala mit einigen Items versehen, die ein verhaltenstherapeutisches Vorgehen charakterisieren (z.B. Verhaltensrepertoire: Item 25, Erregungsniveau: Item 7). Ausserdem wurden noch 3 Therapeutenitems berücksichtigt: Gefühl, dem Patienten helfen zu können (Item 10), Interesse am Fall (Item 12) und Sympathie (Item 24). Die Items wurden auf einer 50mm langen Strecke ohne Ankerpunkt geratet. Für jedes Item wurde zudem angegeben, wie sicher sich der Beurteiler bei der Einschätzung fühlte (Einschätzung des SUBJEKTIVEN SICHERHEITSGRADES (SSG) auf einer weiteren 50mm langen Strecke). Um optisch bedingte Haloeffekte zu verhindern, wurden die Items mit dem zugehörigen Sicherheitsgrad einzeln auf Streifen gezeichnet, in zufälliger Reihenfolge zu einem Büchlein à 25 Seiten gebunden und so zum Rating vorgegeben.

Denkprotokolle

Das laute Denken wurde vollständig und in guter Tonqualität mit Tandberg-Tonbändern aufgezeichnet. Dadurch war es möglich, auch nonverbale akustische Signale (wie Räuspern, Husten etc.) mitzuerfassen.

Gespräch mit dem Untersuchungsleiter

Im Laufe des Gesprächs wurden folgende sechs Fragen gestellt:

- 1) Sind nach dem 3. Abschnitt (des Videobandes) noch wesentliche Informationen für Sie neu dazu gekommen?
- 2) Hat sich Ihr Eindruck von der Patientin in den 3 Abschnitten wesentlich verändert?
- 3) Können Sie mir etwas beschreiben, wie Sie vorgegangen sind bei der Indikationsstellung?
- 4) War Ihnen die Patientin sympathisch?

- 5) Wie fanden Sie das Interviewverhalten? Interviewen Sie ähnlich (nur bei Klinikern gefragt)? Fühlten Sie sich an gewissen Stellen in Ihrem eigenen Urteilsprozess gestört durch das Interviewerverhalten?
- 6) Wie war für Sie die Aufgabe des "lauten Denkens"? War sie schwierig? Hat sie Ihnen Spass gemacht oder war sie eher belastend?

Das Gespräch^{*} wurde vollständig auf Tonband aufgezeichnet. Es wurde locker geführt, so dass ausser den Antworten auf die gestellten Fragen noch relativ viel Informationen (z.B. über eigene Einstellung zur Indikation, eigene Praxissituation, Eindruck von der Untersuchung etc.) erhalten wurde. Das Gespräch dauerte meist ca. eine halbe Stunde.

Fragebogen

In Voruntersuchungen zeigte sich, dass der ursprünglich vorgesehene Fragebogen im Verhältnis zur Relevanz der ermöglichten Aussagen zu umfangreich war. Es wurden deshalb in der Hauptuntersuchung nur noch die wesentlichsten Fragen beibehalten, die für den bewussten Anteil des Urteilsprozesses entscheidend sind. (Frage nach der Präferenz für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, nach der häufigsten Erfahrung mit einer spezifischen Methode, Bedeutung von Uebertragungs-, Gegenübertragungssphänomenen etc.).

* Bei der Laiengruppe fand zudem ein Gespräch vor Beginn der Untersuchung statt, indem standardisierte Informationen zu den verschiedenen Therapieformen gegeben wurden (vgl. Anhang, p. I)

KRITERIEN BEI DER AUSWAHL DER VIDEOAUFZEICHNUNG EINER GEMEINSAMEN MIT EINEM PATIENTEN

Wie schon erwähnt, war es uns ein Anliegen, die Experimentalsituation möglichst der klinischen Realsituation bei der Indikationsstellung anzunähern. In den psychiatrischen Kliniken ist es heute üblich, statt der direkten Vorführung von Patienten bei der "Gemeinsamen" eine Videoaufzeichnung zu verwenden, die dem Aerzteteam vorgeführt wird, um zu entscheiden, welche therapeutischen Massnahmen getroffen werden. Es schien uns sinnvoller, ein solches Band aus der Praxis zu verwenden, statt eigens für unsere Fragestellung eine Aufnahme eines Erstinterviews eines Patienten zu machen. Freundlicherweise erlaubte uns der damalige Leiter der Psychiatrischen Klinik Schlössli, Prof. Dr. E. Heim, das bestehende Videoarchiv durchzusehen und eine geeignete Aufnahme zu benutzen, natürlich unter dem Vorbehalt der Einhaltung der Schweigepflicht.

Bei der Auswahl des Videobandes berücksichtigten wir folgende Kriterien:

1. Der betreffende Patient soll den Beurteiler emotional ansprechen und anregen, die Indikationsfrage zu reflektieren.
2. Das Indikationsproblem soll sich bei dem betreffenden Patienten echt und möglichst brisant stellen. Es darf sich nicht um einen eindeutigen YAVIS- bzw. NON-YAVIS-Patienten handeln, da uns im Anschluss an die Untersuchung Blaser interessiert, ob diese Indikationsstereotype nach Schofield (1964) wirklich derart entscheidend für den klinischen Urteilsprozess sind, wie Blaser annimmt.^{*} Eine seiner relevantesten klinischen Aussagen ist, dass vor allem YAVIS-Patienten in eine grosse Psychoanalyse geschickt werden, während die schwerst gestörten Patienten, also NON-

^{*} (siehe nächste Seite)

YAVIS-Patienten, in der Regel medikamentös behandelt werden. Wählen wir nun einen Patienten, der sowohl ausgeprägte YAVIS- wie auch NON-YAVIS-Eigenschaften aufweist, können wir Blasers Aussage nachgehen:

Sind die erwähnten Stereotype generell beim klinischen Urteilsprozess und kommt es weniger auf die Patienteneigenschaften an als auf die kognitiven Muster des Beurteilers, müssten sich auch bei unseren Beurteilern Hinweise auf ähnliche kognitive pattern finden: Beurteiler, die eine grosse Analyse indizieren, müssten den Patienten als typischen YAVIS-Patienten wahrnehmen. Beurteiler, die eine medikamentöse Behandlung ins Auge fassen, würden den Patienten als einen charakteristischen NON-YAVIS-Patienten beurteilen.

Interessanterweise stiessen die 3 unabhängigen Beobachter bei der Auswahl der Bänder auf 3 Patienten mit der Diagnose "Borderline", die am ehesten für unsere Untersuchung in Frage kamen. Aus der Literatur wissen wir (vgl. 7.), dass die Indikationsfrage gerade

* (von voriger Seite)

Der sogenannte YAVIS-Patient (für Young, Attractive, Verbal, Intelligent und Successful) ist jung, "psychologically-minded", d.h. psychologisch interessiert und introspektiv oder mindestens dafür schulbar. Es ist ein Ober- oder Mittelschichtpatient, bereit, in einer psychologischen Behandlung mitzumachen, also recht gut motiviert. Gründe zum Aufsuchen einer Behandlung liegen meist weiter zurück in der Vergangenheit oder haben mit Ängsten auf die Zukunft zu tun, eine akute momentane Bedrohung oder eine akute soziale Notlage findet sich selten. Meist ist er beruflich erfolgreich. Er wirkt auf den gegengeschlechtlichen Therapeuten anziehend, so dass das "S" nicht nur für successful, sondern auch für "sexy" stehen könnte. Seine charakteristischen Abwehrmechanismen sind Isolation, Rationalisierung und Verkehrung ins Gegenteil. Der typische NON-YAVIS-Patient ist weder introspektiv, psychologisch interessiert, noch ausgesprochen intelligent. Er stammt oft aus der Unterschicht und ist älter als der YAVIS-Patient. Meist sind akute Probleme, die oft mit sozialen Misständen zu tun haben, Anlass zum Aufsuchen einer psychologischen Beratung. Es ist daher verständlich, dass er möglichst sofortige Hilfe verlangt, dabei eher eine passive Rolle einzunehmen wünscht und vom Therapeuten Lösung seiner Probleme und Führung verlangt. Seine typischen Abwehrmechanismen sind Verschiebung, Verneinung und Verdrängung. Nach Schofield entwickelt sich oft die Beziehung zum Therapeuten ungünstig und ist von kurzer Dauer. Dementsprechend wird die Behandlung von beiden Teilen meist als wenig befriedigend erlebt.

bei Patienten mit dieser Diagnose heftig diskutiert wird. Es gibt Kliniker, die dafür eintreten, dass gerade solch schwer gestörte Patienten intensiv psychotherapeutisch betreut werden sollen, also eine grosse Analyse für sie indiziert ist, während andere ebenso engagiert vertreten, dass für Borderline-Patienten nur sozial-fürsorgende oder medikamentöse Behandlung in Frage komme, da sie sich nicht für eine Analyse eignen. Eine solche Divergenz in den Auffassungen zur Indikation schien uns geeignet für unsere Untersuchungen, stellt doch die Indikationsfrage in diesen Fällen ein offenes Problem dar, das zu Reflektionen und zur Beobachtung eigener Kriterien bei der Indikationsstellung anregen kann, auf jeden Fall mehr, als die Aufnahme eines Patienten, bei dem die Indikation eindeutig und daher relativ unproblematisch ist (z.B. bei einem eindeutig debilen Kind).

Aus aufnahmetechnischen Gründen fiel eine Aufzeichnung aus der engeren Auswahl. Zwischen den beiden verbleibenden Videobändern entschied ein weiterer praktischer Grund: die eine "Gemeinsame" wurde von einem ausländischen Arzt geführt, dessen Sprache teilweise schwer verständlich war und zu einer zusätzlichen Ablenkung der Beurteiler von ihrem eigenen Urteilsprozess hätte führen können.

So blieb die Aufnahme einer jungen Patientin, die von den 3 Betrachtern folgendermassen beschrieben wurde:

"Eine sympathische, ansprechende, junge Patientin, die einerseits über eine erstaunliche sprachliche Gewandtheit und Beobachtungsfähigkeit verfügt, - die eine gute Intelligenz und Einsichtsfähigkeit vermuten lassen. Sie hat wahrscheinlich eine grosse Motivation zu einer Behandlung, da ein enormer Leistungsdruck spürbar ist. Andererseits weist sie aber sehr schwere Störungen auf: Sie zeigt ein ganzes Spektrum schwerer psychopathologischer Symptome, wie Zwänge, Suchtprobleme, körperliche Selbstzerstörungsanwandlungen, Konversionssymptome, u.a. Ob sie genügend Ich-Stärke, Frustrationstoleranz und Durchhaltefähigkeit für eine intensive analytische Behandlung aufweist, scheint uns fraglich. Da sie sowohl YAVIS- wie NON-YAVIS-Eigenschaften deutlich und ausgeprägt zeigt, stellt sich bei ihr die Indikationsfrage besonders brisant."

DIE ZUSAMMENSTELLUNG DER BEURTEILERGRUPPEN

Zentral für uns war die Frage, inwieweit die Schulung einen Einfluss auf Wahrnehmung und Entscheidungsmodi der Kliniker bei der Indikationsstellung ausübt. Die persönliche klinische Erfahrung sowohl mit psychoanalytischen wie auch verhaltenstherapeutischen, gesprächspsychotherapeutischen und psychiatrischen Vorgehensweisen bei der Indikationsstellung hatte die erhebliche Diskrepanz der Wahrnehmungs- und Entscheidungsstrukturen eindrücklich deutlich gemacht (vgl. 1.).

Als weiterer praktischer Gesichtspunkt kam die Ueberlegung, dass die vier erwähnten Richtungen die wichtigsten psychotherapeutischen Schulen sind, deren Entwicklung bereits in einem Stadium ist, in dem sich das Indikationsproblem überhaupt stellt (vgl. 1.). Zudem sind es wohl die vier Richtungen, die im Raume Zürich als die repräsentativsten betrachtet werden können (vgl. Vernehmlassungsverfahren zum Psychotherapeutengesetz im Kanton Zürich, 1979). Ähnlich scheint die Situation in Bern zu sein, jedenfalls liegen diese vier theoretischen Richtungen dem Indikationskatalog von Blaser zugrunde (für die Gruppentherapie gibt es bekanntlich noch keine Metatheorie, vgl. Loepfe, Meyer, Schiess, Sluzalek 1975).

Verschiedene Untersuchungen (z.B. Merz, 1963) betonen die Relevanz von unvoreingenommenen Beobachtern für neue Ideen in einem Forschungsgebiet. Deshalb kam uns der Gedanke, dass es interessant ist, den Klinikergruppen eine Gruppe von Laien gegenüberzustellen. Einmal könnten dadurch unerwartete Hinweise auf Ueberlegungen beim Urteilsprozess gefunden werden (vgl. Rosenthaleffekt, der Untersuchungsleiter, selbst ein "Indikationssteller", kann u.U. selbst nur noch das wahrnehmen, was er schon weiss, ein Laie geht naiver und ungewohnter an diese Aufgabe heran). Weiter ist es durch die Gegenüberstellung der Laiengruppe zu den Klinikergruppen möglich, auf gewisse Unterschiede, die auf die Schulung zurückzuführen sind, zu achten.

Nach einigen Vorversuchen entschieden wir uns für folgende 4 Beurteilergruppen:

Gruppe A: Psychologiestudenten vor dem Abschluss, die die 3 psychiatrischen Praktika absolviert hatten und zudem entweder den 3-semestrigen Zyklus in Verhaltensmodifikation oder in der klientenzentrierten Beratung besucht hatten (mit exemplarischen Behandlungen mit Klienten im Kurs 3).

Bei dieser Gruppe wurde angenommen, dass sie sich noch stark mit der eben gelernten Therapiemethode identifizieren aber zudem mehr als irgendeine andere Gruppe mit dem Indikationsproblem auf einem "wissenschaftlichen Niveau" konfrontiert wurden (ein Lehrziel der Abteilung Klinische Psychologie, Zürich). Zudem waren die meisten Teilnehmer dieser Gruppe daran, ihre Lizentiatsarbeit zu schreiben, also vermutlich auf Probleme der "Wissenschaftlichkeit", der Genauigkeit und Objektivität von Beobachtungen sensibilisiert, ein Anspruch, der vor allem von den Verhaltenstherapeuten erhoben wird. Die meisten der Studenten hatten die Gelegenheit, das Max Planck Institut in München während einer Woche zu besuchen und einen kurzen Einblick in die dort vertretene Auffassung von Psychotherapie zu gewinnen.

Es ist zu sagen, dass es im Raume Zürich noch wenige Verhaltenstherapeuten gibt, die übrigens mit wenigen Ausnahmen Absolventen der Abteilung Klinische Psychologie sind und sich aufgrund der 3-semestrigen Kurse in Verhaltensmodifikation für diese Therapie-richtung entschieden haben. Deshalb mussten wir uns schon aus praktischen Gründen auf eine Studentengruppe einigen, wenn wir verhaltenstherapeutische bzw. gesprächspsychotherapeutische (die Situation ist da analog) Beurteiler in die Untersuchung einbeziehen wollten.

Gruppe B: Psychiater ohne analytische Ausbildung

Mediziner, die nach dem Staatsexamen ein Jahr als Assistenten in der Psychiatrie arbeiten, kommen oft in die Situation, dass sie als verantwortliche Leiter einer Abteilung tagtäglich

mit dem Indikationsproblem konfrontiert sind und, ohne die entsprechende gründliche Vorbildung zu haben, in der Praxis Indikationen stellen müssen. Als Hilfe steht ihnen in der Kliniksituation das Erfahrungswissen der älteren Kollegen, der Oberärzte und ev. Chefärzte zur Verfügung. In Praktikas und aus Gesprächen mit Psychiatern hatten wir den Eindruck, dass in manchen Kliniken ein tradiertes Wissen über Indikation vermittelt wird, an dem sich neu eintretende Psychiater bei der Indikationsstellung halten. Deshalb wollten wir in unserer Beurteilergruppe sowohl relativ neue Psychiatrieassistenten wie auch ältere Psychiater mit jahrelanger klinischer Erfahrung aus verschiedenen Kliniken einbeziehen. Es stellten sich freundlicherweise Vertreter aus 3 verschiedenen psychiatrischen Institutionen zur Verfügung:

Psychiatrische Klinik Schlössli, Oetwil

Psychiatrische Universitätsklinik Burghölzli, Zürich

Psychiatrische Klinik, Wil SG

Gruppe C: Analytiker Freud'scher Prägung

Zürich ist als Hochburg verschiedenster tiefenpsychologischer Schulen bekannt. Aus theoretischen und praktischen Gründen entschlossen wir uns, nur Analytiker einer Schule, der Freudianischen, in die Untersuchung miteinzubeziehen, da sonst die Gruppe zu heterogen geworden wäre. Nach Klaus Horn haben am ehesten die Freudianer Interesse und Anschluss an die wissenschaftliche Forschung an den Universitäten (1976). Ausserdem stammt die meiste Literatur zu Konzepten der Uebertragung und Gegenübertragung bei der Indikationsstellung, die in unserem Zusammenhang interessieren, aus der Feder Freud'scher Analytiker. Wir versuchten in unserer Gruppe sowohl jüngere wie auch ältere Kollegen miteinzubeziehen, einmal wegen der Vergleichbarkeit der Gruppen, aber auch weil dieses Prinzip an der Indikationsstelle des Psychoanalytischen Seminars Zürich, der damals offiziellen Stelle für die

Indikationsabklärung, der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse, vertreten war. Das Konzept dieser Stelle war, durch die Zusammensetzung der Gruppe, sich sowohl die vermehrte Erfahrung von älteren Kollegen, wie auch die Unvoreingenommenheit und nicht konventionelle Wahrnehmung der jüngeren Kollegen bei der Indikationsstellung fruchtbar zu machen.

Gruppe D: Laien

Die Zusammensetzung dieser Gruppe richtete sich begreiflicherweise vor allem nach praktischen Gesichtspunkten, nämlich danach, welche Laien überhaupt für eine solche Untersuchung zu gewinnen waren. Allen gemeinsam ist sicher ein gewisses Interesse an der Psychologie und/oder an wissenschaftlichen Untersuchungen. Es wurde darauf geachtet, dass die Gruppe ebenfalls, was Alter und Geschlecht betrifft, mit den anderen Beurteilergruppen vergleichbar war (vgl. Tabelle 1,2) und dass verschiedene Berufsrichtungen darin vertreten waren (also z.B. nicht nur Intellektuelle oder Beamte in die Stichprobe aufgenommen wurden).

Weitere Kriterien waren:

1. Keine eigene psychotherapeutische Erfahrung
2. Keine berufliche oder nebenberufliche intensive Beschäftigung mit Psychologie (z.B. im Rahmen von Kursen der AKAD etc.)

Die Beurteilerangaben wurden anhand eines Fragebogens erhoben.

4.4

HYPOTHESEN UND DATENAUSWERTUNGSPLAN

Unsere Untersuchung gliedert sich in zwei Teile:

- a) eine Vergleichsstudie zu der Untersuchung von Blaser, 1977 (5.)
- b) eine eigene Untersuchung kognitiver Prozesse des Kliniklers bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie (6.)

Da diese beiden Teile der Arbeit durch ihr verschiedenes methodisches Vorgehen geprägt sind, ist es nicht sinnvoll, globale Hypothesen und Datenauswertungspläne aufzustellen. Sie werden separat in beiden Teilen dargestellt und diskutiert.

5. VERGLEICHSTUDIE ZUR UNTERSUCHUNG VON A. BLASER :
DER URTEILSPROZESS BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG ZUR
PSYCHOTHERAPIE (DURCHGEFÜHRT AN DER PSYCH. UNIVERSI-
TÄTSPOLIKLINIK, BERN, 1977)

5.1 DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNG BLASER*

5.1.1 Zielsetzung seiner Untersuchung

"Die "klinische" Arbeitsweise des Psychotherapeuten in dieser (d.h. der Indikations-Situation, M.L.) Situation ist anerkannter-
weise komplex, intuitiv, global, persönlichkeitspezifisch und
sonst in mancher Hinsicht undurchsichtig und zudem gilt immer
"es kommt eben auf den Fall an". ... "Es ist meines Erachtens
sinnlos, komplexe Indikationskriterien zu postulieren, wenn man
nicht genau weiss, wie diese Kriterien vom Diagnostiker verarbei-
tet werden. Mit diesen Gedanken ist das praktisch motivierte An-
liegen dieser Arbeit erklärt." (Blaser, 1977, p. 15)

Das praktisch motivierte Anliegen, den Urteilsprozess bei der
Indikationsstellung transparenter werden zu lassen, teilen wir
- wie einleitend erwähnt - mit Blaser. Auch deckt sich z.T. unser
wissenschaftliches Interesse an methodischen Problemen bei der
Untersuchung komplexer psychologischer Prozesse (vgl. a.a.O., p.66)
Deshalb fanden wir es sinnvoll und anregend, uns an die Untersu-
chung von Blaser anzuschliessen.

5.1.2 Theoretischer Bezugsrahmen

Blaser betrachtet den klinischen Eindruck als Personenwahrnehmung
in der klinischen Situation. Deshalb zieht er als theoretisches
Rüstzeug für seine Untersuchung Ergebnisse aus der Personenwahr-

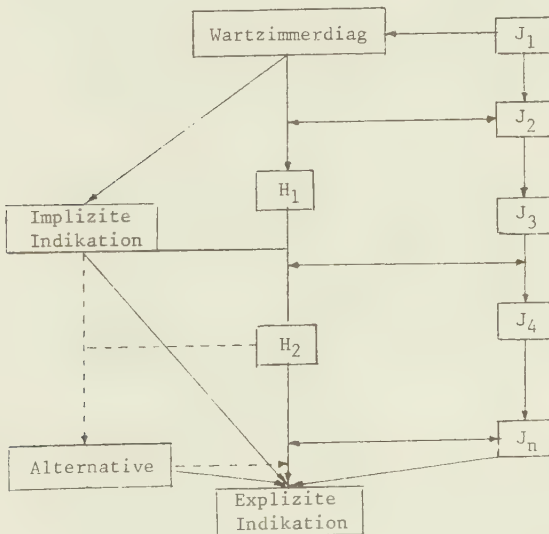
*Blaser validierte 1979 diese Untersuchung in den USA, indem er
mit einer anderen Kliniker- und Patientenpopulation das gleiche
Experiment durchführte. Wir beziehen uns im folgenden auf die Ori-
ginalstudie und begnügen uns, bei verschiedenen Punkten auf die Va-
lidierungsstudie hinzuweisen.

nehmung (person perception, social perception) bei, einem gut erforschten Teil der Sozialpsychologie.

Wichtig sind für ihn auch Aussagen der Wahrnehmungspsychologie, die auf die Begrenztheit des menschlichen Wahrnehmungsvermögens hinweisen.

Anlehnend an das Modell von Warr und Knapper (1968), das den Prozess der klinischen Personenwahrnehmung darstellt, entwickelt er ein Flussdiagramm, das den Informationsverarbeitungsprozess bei der Indikationsstellung darstellen soll.

Diagramm 1 Die explizite Indikation als Funktion der
Wartzimmerdiagnose und der impliziten Indikation



(a.a.O.p.140)

"Zusammenfassend lässt sich die Informationsverarbeitung bis zur Indikationsstellung in einem Flussdiagramm wie folgt schematisieren.

Auf der rechten Seite sind die vom Patienten kommenden Informationen dargestellt, in der Mitte der diagnostische Eindruck des Therapeuten, links die "implizite Indikation". Die Wartzimmerdiagnose ist das Produkt des ersten Eindrucks. Sie hat die Eigenschaften einer Hypothese (vgl. I: 7.2). Der Therapeut versucht nun, im folgenden Informationsaustausch zwischen ihm und dem Patienten die Wartzimmerdiagnose zu unterstützen. Es braucht eine grosse Menge falsifizierender Information, bis sich die erste Alternativhypothese H_1 einstellt. Diese strukturiert ihrerseits das Verhalten des Patienten durch entsprechendes Verhalten, Fragen etc. des Therapeuten. Nach relativ wenig Information und möglicherweise gleichzeitig mit der Wartzimmerdiagnose entsteht die implizite Indikation. So etwa, wenn der Therapeut nach nosologischen Kriterien indiziert, da direkte Beziehungen zwischen der Diagnose und der Indikation postuliert werden (II: 2.2) Beim differenziert vorgehenden Therapeuten wird sich die implizite Indikation später einstellen. Er braucht mehr Patienteninformation und wird mehrere Alternativhypothesen durchlaufen, bis er zur expliziten Indikation gelangt. Auch die implizite Indikation kann Alternativformen durchlaufen. Die Zahl der diagnostischen Alternativhypothesen H_1 bis H_k ist relativ zu der Informationsmenge J_n sehr klein. Bei unschlüssiger Information tritt Entscheidungsverhalten auf (Cohen 1969; Kaminski 1970). Möglicherweise wird eine Differentialdiagnose aufrechterhalten.

Der Inhalt der impliziten Indikation wird auch durch therapeutenpezifische Einflüsse, wie z.B. Schulzugehörigkeit und therapeutische Fertigkeiten, mitbestimmt. Ueber den Einfluss von Therapeutenvariablen auf die Indikation ist noch wenig bekannt.

Das hier postulierte Konzept der impliziten Indikation ist eine Variante der Wartzimmerdiagnose insofern, als sie die Handlungsanweisungen des diagnostischen Konzepts enthält. Ihre Wirkung wurde bisher nicht nachgewiesen. Dies wird ein weiteres Anliegen der folgenden Untersuchung sein." (a.a.O.p.139/40)

5.1.3 Die Fragestellung

Aus dem Flussdiagramm ist ersichtlich, dass sich Blaser vor allem für kognitive und affektive Vorgänge im Diagnostiker während der Indikationsstellung interessiert. Er ist sich dabei der Komplexität des Urteilsprozesses bewusst und versucht, sich im Ziel seiner Untersuchung folgendermassen einzuschränken:

"In den Prozess fliessen Patientenvariablen, Therapeutenvariablen, äusserliche Variablen und Indikationsvariablen ein. Es ist im Experiment unmöglich, alle diese unbestrittenermassen wichtigen Aspekte zu erfassen. Ich habe mich auf die wichtigsten Persönlichkeitsvariablen des Patienten beschränkt und drei Variablen des Therapeuten mitberücksichtigt.

Es stellen sich zwei Fragenkomplexe:

- 1) Die formale Frage nach der Wahl der berücksichtigten, wirk-samen Variablen. Wie viele Patienteneigenschaften tragen "tatsächlich" etwas zu einer differenzierten Indikationsstellung bei ?
- 2) Die inhaltliche Frage nach der Art der Persönlichkeitseigen-schaft und ihrem Zusammenhang mit der gefällten Indikation. Welche Persönlichkeitseigenschaften sind für welche Indika-tion besonders bezeichnend ? "(a.a.O., p. 146)

In der inhaltlichen Fragestellung ist u.a. das Interesse an stereotypen Wahrnehmungen der Patienten wie auch der Indikation (gibt es einen sogenannten "Analysepatienten", einen "Verhaltens-therapiepatienten" etc. ?) durch die Kliniker enthalten sowie die Frage nach den zentralen Kriterien bei der differentiellen Psychotherapieindikation.

5.1.4 Experimentelles Design

Nach einem Erkundungsexperiment wurde eine Skala mit 25 Items (22 Patienteneigenschaften und 3 Therapeutenvariablen) festgelegt. Das Rating von 13 Klinikern über 20 Patienten bildet das Kernstück der Arbeit. Die Psychotherapeuten, alles Kliniker der Universitätspoliklinik Bern, erhielten zuerst einige standardisierte

anamnestische Angaben durch den behandelnden Therapeuten. Anschliessend wurde der Gruppe ein 15 - 20-minütiger Videofilm eines halbstandardisierten Interviews gezeigt, worauf die Kliniker ein Rating über Patienteneigenschaften, eine diagnostische Klassifizierung und eine Indikation für eine Psychotherapie machen mussten (genauere Beschreibung, siehe a.a.O., p. 147 ff.).

Wegen der erwünschten Vergleichbarkeit mit seiner Untersuchung benützten wir seinen Itemkatalog und auch seinen Katalog der Indikationen in leicht modifizierter Form (vgl. 4.1).

5.1.5 Ergebnisse

Es können hier nur die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden.*

*Neben dem Erkundungsexperiment und der Hauptuntersuchung wurde noch eine Befragung an 67 praktizierenden Psychotherapeuten über ihre idealen Indikationsstereotype durchgeführt und mitveröffentlicht. Blaser fasst diese Untersuchungen wie folgt zusammen:

"An 67 etablierten Schweizer Psychotherapeuten wurde das ideale Indikationsstereotyp für neun Psychotherapieformen erhoben. In den Hypothesen wurde erwartet, dass sich weniger Indikationsstereotype als Psychotherapieformen zeigen, und dass inhaltlich das Indikationsstereotyp Eigenschaften des Behandlungsziels aufweist.

Es konnte gezeigt werden, dass sich nur zwei Indikationsstereotype abbilden: eines für analytische Psychotherapien, wozu auch die Gesprächstherapie nach Rogers gehört, und gleichsam als "Negativ" dazu ein Stereotyp für nicht-analytische Psychotherapieformen. Durch 13 diskriminierenden Patienteneigenschaften kann dieses Stereotyp beschrieben werden.

Die Indikationsstereotype weisen Merkmale des Behandlungsziels auf. So erweisen sich auch in der Idealvorstellung die analytisch zu behandelnden Patienten als die motiviertesten, kognitiv und affektiv differenziertesten. Sie weisen bereits zu Behandlungsbeginn die Zieleigenschaft der Aufrichtigkeit deutlich auf. Zu den wichtigsten Voraussetzungen für eine Indikation zu nicht-analytischer Behandlung gehören nebst einer guten Motivation vor allem Eigenschaften von Beeinflussbarkeit und allgemeiner Aktivität. Differenzierte kognitive und affektive Eigenschaften scheinen nicht von Bedeutung zu sein. (Fortsetzung p.60)

In der Hauptuntersuchung wurde mit einer Faktorenanalyse der Beurteilungen über alle Patienten versucht, die Struktur der klinischen Personenwahrnehmung in der Situation des ersten Eindruckes abzubilden. Anschliessend wurden mit einer Diskriminanzanalyse diejenigen Variablen gesucht, die die Indikationsgruppen massgeblich trennen.

In der Faktorenanalyse wurden die Hauptkomponenten der 253 Beobachtungen ermittelt und nach dem Varimax-Kriterium rotiert. Faktoren mit einem kleineren Eigenwert als 1 wurden nicht berücksichtigt. Blaser fasst seine Ergebnisse zusammen:

"Es ergaben sich 6 signifikante Faktoren, wovon 5 in Tab. 10 wiedergegeben sind. Der sechste Faktor weist nur eine Markiervariable auf.

Tabelle 1 Faktorenanalyse der Untersuchung Blaser

Tab.10: Nach Varimax rotierte Hauptkomponenten der Gesamtstichprobe
N = 253

	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	h ²
Sympathie	74	33				57
Gefühl, helfen zu können ..	72					61
Interesse	62	29		32		58
Aufrichtigkeit	61	27			-30	66
Motivation	55	29		31		68
Demonstratives	-55				50	50
Fähigkeit zu verbalisieren ..		75				62
Intelligenz		69				62
Introspektionsfähigkeit	35	68			-29	63
Affekt. Diff.	30	64	32			65
Emotionalität		61			29	71
Frustrationstoleranz			74			67
Durchhaltekraft	28		72			65
Ich-Stärke			65			66
Abwehr. Dissimulation	26	30	54			57
Schweregrad			-29	72		58
Leidensdruck	49			66		71
Soziale Zuwendung				-56	27	58
Erregungsniveau					78	72
Introversion				44	-52	58
Aktivität - Passivität	-26		43	-26	52	70
Suggestibilität						51
Kontakt	33	37	30	-46		76
Plastizität	33	50	34			72
Verhaltensrepertoire		49	40			59
Σa_j^2	3.67	3.65	2.75	2.18	2.05	1584
Σa_j^2						
Var. Tot.	14.6	14.6	11.0	8.7	8.2 (%)	
Σa_j^2	23.1	23.1	17.4	13.7	13.0 (%)	
h^2						

Erklärte Varianz 63.4 %

Die Faktorenmatrix ist nach abnehmendem Varianzanteil der Faktoren geordnet. Ladungen über .50 erscheinen zuerst, solche unter .25 wurden weggelassen. Die operational definierte Signifikanzgrenze ist .40.

Faktor 1 setzt sich aus zwei Gruppen von Markiervariablen zusammen. Die Hauptladungen verteilen sich auf Gefühle des Therapeuten: Sympathie, Gefühl, helfen zu können und Interesse. Die andere Gruppe besteht aus den Patienteneigenschaften Motivation, negative Demonstrativität und Leidensdruck. Es mag erstaunen, dass diese beiden unabhängig scheinenden Gruppen in einem gemeinsamen Faktor auftreten. Die Lösung liegt offenbar in dem nicht auf den ersten Blick erkennbaren Zusammenhang zwischen den angeführten Patienteneigenschaften und den Sympathie-, Interessen- und Kompetenzgefühlen des Therapeuten. Die einfachste Erklärung liegt in der Verknüpfung beider Gruppen: Patienten, die motiviert sind und ihr vorhandenes Leiden nicht demonstrieren, werden als interessant und sympathisch erlebt und geben dem Therapeuten das Gefühl, helfen zu können. Motivation, Leidensdruck und undemonstratives Verhalten erwecken demnach in hohem Masse positive Gefühle im Therapeuten. Die Konstellation negativer Sympathie bei deutlicher Demonstrativität und geringem Durchhaltevermögen zeigte sich bereits in der Untersuchung 1 im Faktor 3 der Zweitbeurteiler. Die Wiederholung dieses Ergebnisses erlaubt folgende Feststellung. Es gibt Konstellationen von Patienteneigenschaften, die im Therapeuten in besonderem Masse affektive Einstellungen (im Gegensatz zu kognitiven) hervorrufen. Grosser Leidensdruck, gute Motivation und wenig demonstratives Verhalten bewirken positive Affekte im Therapeuten. Bemerkenswert ist, dass trotz deutlich verschiedenem Inhalt der drei Gefühlsbereiche "Sympathie", "Gefühl, helfen zu können" und "Interesse", diese in einem gemeinsamen Faktor auftreten und nicht beispielsweise das Interesse im Zusammenhang mit besonderen kognitiven Eigenschaften des Patienten zusammenfällt. Offenbar ist hier das affektive gemeinsame Element das entscheidende Merkmal. Damit der Faktor einen Namen hat, mag er "sympathische Eigenschaften" heissen. Gerade durch den Sympathiecharakter einerseits und das Vorhandensein erwünschter Patienteneigenschaften andererseits beinhaltet der Faktor auch das Element der Nähe und der Zugänglichkeit zum Patienten.

Faktor 2 besteht aus den Markiervariablen Fähigkeit zu verbalisieren, Intelligenz, Introspektionsfähigkeit, affektive Differenziertheit, Emotionalität, Plastizität und Verhaltensrepertoire. Hier sind die typischen erwünschten Eigenschaften eines Yavis-Patienten vereinigt. Nur die Tatsache, dass diese Itemszusammenstellung aus Patientenbeurteilungen stammt, berechtigt, von Yavis-Eigenschaften zu sprechen. Ohne dies handelt es sich schlicht um einen Faktor, der verschiedene Merkmale beschreibt

* (Fortsetz. Fussnote p.58)

Der Vergleich von impliziten zu expliziten Indikationen bestätigt wieder den steuernden Einfluss idealtypischer Indikationsvorstellungen auf die Patientenwahrnehmung, zumindest für psychoanalytische Indikationen." (a.a.O., p. 201/202).

die einem Menschen gut anstehen.

Faktor 3 setzt sich zusammen aus Frustrationstoleranz, Ich-Stärke, Durchhaltekraft, Abwehr, negativem Schweregrad, Aktivität und Verhaltensrepertoire. Diese Items beinhalten Aspekte der Ich-Stärke, eines sthenischen affektiven Spannungsbogens und der Tatkraft. Es ist ein Faktor erwünschter, gut angepasster Eigenschaften wie Faktor 2.

Faktor 4 mit Schweregrad, Leidensdruck, fehlender sozialer Zuwendung, Introversion und fehlendem Kontakt ist klar eine Dimension allgemeiner Psychopathologie und damit gewissermassen ein komplementärer Faktor zum Komplex der Ich-Stärke bei 3.

Faktor 5, bestimmt durch Erregungsniveau, Extraversion und Aktivität könnte mit "klinischer Extraversion" bezeichnet werden. Es ist ein Extraversionsfaktor, der sich durch ein auffällig hohes Erregungsniveau, das unabhängig von der Situation permanent besteht und klinisch als eine allgemeine Unruhe und Gespanntheit bei aktivem Verhalten imponiert, auszeichnet.

Faktor 6 ist ein Restfaktor, der nicht interpretiert werden kann.

Mit 63 % erklärter Varianz ist ein genügend grosser Anteil der Bedingungen erklärt." (a.a.O., p. 177 - 179).

Ueberraschend ist, dass sich nicht, wie man naiverweise hätte erwarten können, die Therapeuteneigenschaften in einem eigenen Faktor niederschlagen, sondern deutlich mit Patienteneigenschaften kovariieren, Patienteneigenschaften, die offensichtlich affektive Resonanz im Therapeuten bewirken. Darin zeigt sich die enorme Bedeutung affektiver Komponenten bei der Indikationsstellung. Die weiteren Faktoren, in denen sich erwünschte Patienteneigenschaften vereinigen, sind Hinweis darauf, dass sich die Therapeuten bei ihrem Urteilsprozess auf erwünschte, ihn positiv ansprechende Eigenschaften des Patienten ausrichten und nicht so sehr auf Eigenschaften, die negativ auffallen und z.B. für Kontraindikationen wichtig wären.

Die formale Fragestellung wird mit dem Kruskal-Wallis-Test und Diskriminanzanalysen beantwortet. Im Kruskal-Wallis-Test sind es 7 Items, die zwischen den fünf Indikationen diskriminieren.*

*Es ist zu unterscheiden zwischen der Anzahl signifikant trennender Items und der Anzahl hinreichend trennender Items. Blaser schreibt dazu: "Es ist eine Frage der Wahl des statistischen Signifikantmasses, wo man den Informationszuwachs noch als signifikant annehmen will. Bezieht man sich auf RAO's V, so wird die ✓

In den Diskriminanzanalysen sind es 10 Eigenschaften, die die Indikationen signifikant trennen. Daraus schliesst Blaser, dass - entgegen der Annahme der Kliniker, ihr Urteilsprozess sei sehr komplex - ihre Indikationsstellung wahrscheinlich weniger vielschichtig abläuft als angenommen, sondern sich auf relativ wenige Informationsquellen (die Einschätzung 5 - 7 Dimensionen) stützt: nur eine geringe Anzahl von Patientenmerkmalen werden vom Therapeuten zu Indikationszwecken verwendet.

Die Umfrage an 67 praktizierenden Psychotherapeuten über ihre idealen Indikationsstereotype wird - zusammen mit den übrigen Ergebnissen - bei der Interpretation des Urteilsprozesses berücksichtigt. Das anfänglich vorgestellte Modell der Personenwahrnehmung in klinischen Situationen wird dadurch empirisch untermauert.

5.2

MOTIVE ZU EINER VERGLEICHSTUDIE ZUR UNTERSUCHUNG VON

A. BLASER

"Jahre- oder jahrzehntelang glaubte man, das Indikationsproblem zur Psychotherapie durch eine Vermehrung der Information für den Kliniker lösen zu können. "Als Gegenvorschlag dazu wäre etwas mehr Introspektion in die eigene klinische Aktivität zu fordern." (S. 218, Blaser, M.L.) Damit ist auch eine Tendenzwende gekennzeichnet, die durch dieses Buch eingeleitet werden kann; es ist zu hoffen, dass die Untersuchung Blasers von Therapeuten und Forschern gleichermassen ernst genommen wird und somit Konsequenzen für die klinische Praxis zeitigt." (H. Reinecke, 1978)

Wir kommen in unserer Untersuchung dieser Empfehlung nach und möchten einen weiteren Beitrag zu einer vermehrten Transparenz des eigenen Urteilsprozesses während der Indikationsstellung

*(Fortsetzg. Fussnote p. 31)

5-Gruppen Indikation (Tab. II) bereits mit den ersten 5 Items hinlänglich getrennt. Für die 3 Psychotherapieformen genügen allein schon die Intelligenz und das Demonstrative, um die Indikation scharf genug zu trennen ..." (a.a.O., p. 183)

leisten. Andererseits könnte man sich natürlich fragen, warum man nach so einer umfassenden und gründlichen Studie zum Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie daran interessiert ist, weitere Untersuchungen zur gleichen Thematik durchzuführen. Wie bereits einleitend erwähnt, waren die Gründe vielfältig und sowohl praktischer als auch theoretischer Art. Als Praktiker haben uns die Ergebnisse der Untersuchungen Blaser überrascht, sie entsprechen zwar in manchem unseren Erfahrungen (z.B. in der enormen Bedeutung des ersten Eindruckes, in der Betonung der Begrenztheit eigener Informationsverarbeitung, der mangelnden Bewusstheit des kognitiven Vorganges etc.), aber in wesentlichen Teilen lagen seine Ergebnisse auch konträr zu unseren Praxiserfahrungen. Zum Beispiel fiel uns auf, dass wir selbst keineswegs bei jedem Patienten die gleichen Variablen überlegen, wenn wir die Indikation zu entscheiden haben. Es mag zwar sein, dass das jeweilige Set von Variablen, das wir berücksichtigen können, wegen unserer beschränkten Kanalkapazität begrenzt ist, aber es scheint uns offensichtlich, dass wir nicht immer die gleichen Dimensionen überlegen.

Ein 18-jähriger Mittelschüler wird uns als Notfall angemeldet. Während einer Auseinandersetzung mit seinem Vater bekam er Ohnmachten und epilepsieartige Anfälle. Ein ähnlicher Vorfall hatte sich kürzlich in der Schule ereignet, als ihn ein - von ihm bewundener Lehrer - wegen seiner schlechten Schulleistungen zur Rede stellte.

Schon nach diesen Informationen am Telefon bildete sich eine Wartezimmerdiagnose (nach Blaser) - die Störung kann offensichtlich hauptsächlich organische Ursachen haben (Epilepsie, hirnorganische Schädigung) oder psychogen bedingt sein (Ähnlichkeit der auslösenden Situation: aggressive Auseinandersetzung mit Autoritätsfiguren). Bei den folgenden Interviews zur Indikationsstellung werden wir besonders Variablen berücksichtigen, die wichtig sind für eine Abklärung der eventuellen Organizität der Störung (natürlich ist ausserdem eine neurologische Abklärung in die Wege zu leiten). Schon im jetzigen Zeitpunkt denken wir an einen Mediziner als Therapeuten, da bekanntlich die sichere Abklärung der Organizität (z.B. das Ausschiessen einer progredienten hirnorganischen Störung) schwierig ist.

Völlig anders gehen wir im folgenden Fall vor:

Ein 29-jähriger Student kommt mit der expliziten Frage zu uns, ob er eine Analyse machen soll. Er leidet unter Schwierigkeiten in seiner Beziehung zu Frauen, ist oft deprimiert und fühlt sich gelähmt in seinen beruflichen und persönlichen Entscheidungen. Seine jetzige Freundin sei in Analyse und habe gemeint, eine Analyse würde auch ihm vieles bringen.

Dieser Patient befindet sich in keiner Notlage wie der erste. Er hat auch keine schreienden Symptome, die eine Behandlung unbedingt anzeigen, sondern leidet eher diffus unter unbefriedigten Lebensbedingungen. Was bedeutet da sein Wunsch, eine Analyse zu machen ? Ist es sein eigener ? Ist er vorwiegend durch die Beziehung zu seiner Freundin bedingt ? Steckt hinter der harmlosen Schilderung seiner Probleme doch mehr, z.B. ein chronisch depressiver Zustand ? Auf jeden Fall werden wir in diesem Fall bei der Indikationsstellung ein völlig anderes Set von Variablen beiziehen als beim ersten Patienten.

Wir werden zum Beispiel versuchen, mehr über seine diffusen Störungen zu erfahren. Sind sie lebensgeschichtlich bedingt, als neurotisch erklärbar oder vorwiegend Produkt seiner jetzigen realen Lebenssituation ? Ist eine Analyse möglich ? Notwendig ? Könnte der Patient nicht ebenso von einer kürzeren Therapie oder einer Gruppe profitieren ? Kann er sich eine Analyse finanziell und zeitlich überhaupt leisten ?

An diesen zwei Beispielen wird deutlich, was uns u.a. zu einer Vergleichsstudie mit Blaser motivierte. Es waren unter anderem folgende Fragen :

- 1) Sind seine Ergebnisse generalisierbar ? Sind sie abhängig von seiner Beurteilergruppe ? Von seiner Methodik ? Vom institutionellen Setting der Untersuchung ?

Unsere Skepsis an der Generalität seiner Ergebnisse könnte aus dem Misstrauen stammen, das Kliniker wissenschaftlichen Untersuchungen ganz allgemein entgegenbringen (a.a.O., p. 15). Andererseits wirft Blaser selbst die Frage nach der Verallgemeinerung seiner Ergebnisse auf, wenn er schreibt :

"Die Betrachtung über die Informationsverarbeitung bezieht sich auf das Geschehen im "processing centre". Es liegt in der Natur der Sache, dass es keinen direkten Einblick in die-

se black-box gibt und die Aussagen darüber hypothetischen Charakter haben." (a.a.O., p. 137/138).

"Einige inhaltliche (nicht formale) Ergebnisse sind stark von der Beurteilergruppe abhängig und können nicht ohne weiteres auf andere Gruppen generalisiert werden. Betroffen sind vor allem jene Resultate, die stark vom Wissen und der therapeutischen Ausbildung der Beurteiler bedingt sind ..." (a.a.O., p. 211).

2) Die zweite Frage beruht auf einem methodischen Interesse:

"Es ist nicht unbestritten, dass die Hauptaufgabe der Faktorenanalyse darin besteht, Variablen klassifikatorisch zusammenzufassen. Es besteht vielmehr eine Diskussion darüber, ob Faktorenanalyse in erster Linie klassifiziert bzw. beschreibt oder aber erklärt: sind Faktoren die Bedingungen der Variablen oder sind sie die Kategorien, in die die Variablen beschreibend (deskriptiv) eingeordnet werden ? (Vgl. HARTLEY, 1954). In der folgenden Darstellung wird die Aufgabe der Faktorenanalyse lediglich in der beschreibenden Klassifikation der Variablen gesehen. Nach der Auffassung des Autors sind die Faktoren keine "hinter" den Variablen liegenden, diese fundierenden Bedingungen, Ursachen o. dgl. (so z.B. auch Orlik, 1967, vgl. auch Cattell (Hrsg.) 1966; 174)." (Herrmann, 1969, p. 108).

Eine der Auswertungsmethoden, die Blaser in seiner Untersuchung verwendet, ist die Faktorenanalyse. Da er in seinem theoretischen Teil des Buches ausführlich von der Beschränktheit der menschlichen Informationsverarbeitung schreibt, könnte im Leser der Eindruck entstehen, er verwende die Faktorenanalyse, um zu zeigen, dass "hinter" den Einschätzungen des Kliniklers einige wenige bestimmende Dimensionen sind, die dem Urteil "wirklich" zugrunde liegen.

Blaser beabsichtigt diese Interpretation nicht, denn er betont, dass seine Faktoren rein deskriptive Grössen sind. Erst in seiner neuesten Arbeit, einer Vergleichsstudie zu der vorliegenden, die er 1979 in den USA durchführte, arbeitet er

an kausalen Modellen mittels Pfadanalyse. Jedoch bleibt die Gefahr eines Missverständnisses, vor allem für den klinischen Leser, der kein statistischer Spezialist ist, auch aufgrund von Äusserungen zu Resultaten, die sich via Diskriminanzanalyse ergeben:

"Wie erwähnt geht es bei der Fragestellung dieser Arbeit um das Problem der Zahl und der Art der zur Indikation effektiv beitragenden Items. Den Erwartungen gemäss ist die Zahl beschränkt. Die Konstanz der 10 Items über beide Diskriminanzanalysen ist erstaunlich. Sie belegt, dass der Kliniker mit einem relativ beschränkten und übersichtlichen Itemrepertoire arbeitet. Innerhalb dieses Pools gibt es Variablen, die zentraler sind als andere und je nach Fragestellung an Bedeutung variieren." (a.a.O., p. 183)

Der Leser könnte aufgrund dieser Aussagen annehmen, dass es im Kliniker ein fixes Set von kognitiven Variablen gibt, die er der klinischen Urteilsbildung zugrunde legt. Die "Statik" dieser Aussage hat uns als Kliniker beschäftigt. Wie erwähnt leuchtet uns durchaus ein, dass die Kanalkapazität bei der Informationsverarbeitung während der Indikationsstellung beschränkt ist, doch beeindruckt uns immer wieder das Prozesshafte der Urteilsbildung: je nach Patient, je nach Situation und Verfassung des Beurteilers (z.B. seiner aktuellen Konfliktlösungskapazität, vgl. 6) und auch je nach den realen Möglichkeiten, z.B. der Ueberweisung, verläuft die Indikationsstellung wieder anders. Zudem kann auch innerhalb der gleichen Randbedingungen das Urteil sich plötzlich verändern, wenn das bisherige Bild des Patienten, das im Beurteiler entstanden ist, durch eine zusätzliche Information (z.B. Drogenkonsum) in Frage gestellt wird. Kurzum - es interessierte uns zu verfolgen, ob die Ergebnisse von Blaser wirklich die kognitiven Strukturen von Klinikern während der Urteilsbildung betreffen, oder ob sie unter Umständen eher mit dem faktoren-

analytischen und diskriminanzanalytischen Vorgehen zu tun haben.

- 3) Wie unter 1.3 erwähnt, beschränkt sich Blaser in seiner Untersuchung auf den Einfluss der wichtigsten Persönlichkeitsvariablen des Patienten und einiger wenigen des Therapeuten.

Wie die beiden obigen Fallbeispiele zeigen, sind aber unserer Meinung nach äussere Faktoren oft sehr wesentlich bei der Indikationsstellung (Fall 1: Finde ich einen Mediziner, der den Patienten sofort übernehmen kann ? Fall 2: Hat der Patient das Geld, sich eine Analyse leisten zu können ? etc.). Das Vorgehen Blaser's, sich in seiner Untersuchung zu beschränken und die untersuchten Variablen zu reduzieren, ist ein durchwegs übliches, und in den Augen vieler psychologischer Forscher unumgängliches Vorgehen in psychologischen Experimenten. Allerdings ist unserer Meinung nach das Problem nicht zu umgehen, dass dabei nicht gerade die wichtigsten Variablen unberücksichtigt bleiben und die Ergebnisse der noch so genauen und zuverlässigen Untersuchungen im Grunde genommen Scheinergebnisse ohne Anspruch auf Generalität sind.

Deshalb interessiert uns die Frage:

Wie beeinflusst die Reduktion auf die Untersuchung von Patienteneigenschaften und wenige Therapeutenvariablen bei Blaser die Ergebnisse ? Wie wirkt sich eine andere Reduktion aus (bei uns auf die Untersuchung einer Patientin zugunsten einer breiteren Untersuchung der Therapeuten sowie der Mitberücksichtigung ihres institutionellen Settings, in dem sie Indikationen stellen) ? Welche Ergänzungen, Differenzierungen

und Modifikationen seiner Resultate ergeben sich daraus ? *1

5.3 FRAGESTELLUNG

Die eben gestellte Frage*2 nach der Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Untersuchung Blaser kann in dem Teil unserer Untersuchung am konkretesten verfolgt werden, in dem wir mit seiner Messmethodik arbeiten, nämlich mit den Einschätzungs-skalen. Es interessiert uns, ob bei unseren Beurteilergruppen analoge Ergebnisse erzielt werden. Auf dieser Ebene lautet daher die Fragestellung:

1) (analog zu seiner 1. Fragestellung) :

Wieviele Patienteneigenschaften tragen "tatsächlich" etwas zu einer differenzierten Indikationsstellung bei ?

2) (analog zu seiner 2. Fragestellung) :

Welche Persönlichkeitseigenschaften sind für welche Indikationen besonders bezeichnend ?

Weil wir vier verschiedene Beurteilergruppen haben, stellt sich noch folgende Frage :

3) Sind die Ergebnisse konstant über alle Beurteiler oder spezifisch für die einzelnen Beurteilergruppen ? Falls spezifische Unterschiede zwischen den Beurteilergruppen auftauchen, interessiert, welche Items sich in welcher Weise bei den verschiedenen Gruppen auszeichnen.

*1Blaser diskutiert in der Vergleichsstudie in den USA diese Problematik ausführlicher als in der Originalstudie. In seinem Schlusskapitel schreibt er dazu: "Ein dritter Einwand bezieht sich auf die Auslassung von äusserlichen Variablen. Auch diese Kritik bleibt unwidersprochen. Immerhin ist es aber optimistisch, anzunehmen, dass die relevanten Variablen im Patienten oder im Therapeuten liegen und nicht in Ort, Zeit und Geld." (Blaser, 1979, Manuskript, p. 114)

*2Diese Frage bringt u.a. grundlegende methodische Probleme mit sich, auf die unter 7. gründlicher eingegangen wird. Hier sei nur darauf hingewiesen, dass es uns nicht um eine Wiederholung der Untersuchung Blaser geht bzw. eine Verifikation bzw. Falsifikation seiner Ergebnisse im Sinne einer streng experimentellen Vergleichsstudie, sondern /

5.4. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Wie aus dem Design hervorgeht (vgl. 4.1.1) haben wir folgendermassen versucht, einen Vergleich zu der Untersuchung Blaser zu ermöglichen:

5.4.1 Vergleichbares Design der Untersuchungen

a) Die Beurteilergruppen : vgl. 4.3, p. 37 ff.

b) Patientenauswahl : vgl. 4.2, p.40 ff.

c) Messinstrumente

Wie erwähnt benutzten wir in diesem Teil der Untersuchung die von Blaser entwickelte Einschätzungsskala (vgl. 4.1.5). Um eventuelle Unterschiede zwischen Ergebnissen seiner und unserer Untersuchungen inhaltlich und methodisch reflektieren und interpretieren zu können, versuchten wir seiner Methodik noch weitere Methoden gegenüberzustellen, was natürlich u.a. den Effekt hatte, dass die Untersuchungssituation doch wesentlich von derjenigen Blaser's abweicht (Einzeluntersuchungen, zusätzlich Methoden des lauten Denkens, Ausfüllen der Fragebögen, abschliessendes Gespräch mit dem Untersuchungsleiter). Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

*(Fortsetzq. Fussnote p.68)
vorerst um die allgemeine Frage, ob in einer anderen Klinik-
kerstichprobe und in einem andern experimentellen Setting ähnliche
Beobachtungen gemacht werden können oder ob unter diesen veränder-
ten Bedingungen wesentliche Modifikationen oder Differenzierungen
seiner Aussagen nötig werden.

5.4.2 Statistische Verfahren beim Vergleich mit der Untersuchung Blaser

a) Uebersicht über die beiden Designs

Untersuchung Blaser		Untersuchung Leuzinger
n Beurteiler	13	85 (in 4 Gruppen)
n Patienten	20	1
n Ratings der 25 Items	253	85
n Indikations- stellungen	253	85 Erstindikationen 85 Zweitindikationen 85 Drittindikationen

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, dass bei unserer Untersuchung wegen der Konstanthaltung der Patienteneigenschaften die Faktorenanalyse einen anderen Stellenwert bekommt als die Faktorenanalyse über alle Einschätzungen bei der Untersuchung Blaser. Es kann bei unserer Untersuchung nur darum gehen, ob einzelne Merkmale gefunden werden können, die allen Einschätzungen der gleichen Patientin durch die 85 Beurteiler zugrunde liegen. Doch falls die von Blaser beschriebenen 5 Faktoren generelle Dimensionen sind, müssten sie auch bei dieser anderen Beurteilergruppe erkennbar sein.

Weiter interessiert die Frage, ob bei unserer Beurteilungsgruppe die gleichen Items zwischen den Indikationen trennen:

In der Zellverteilung zeigt sich bereits ein wesentlicher Unterschied zu der Untersuchung Blaser: in allen unseren Beurteilergruppen überwog auffallend die Indikation: analytisches Verfahren im Gegensatz zu der Klinikergruppe in Bern (vgl. Tabelle 9). Dies schränkte unsere Vergleichsmöglichkeiten schon sehr ein: es schien uns sinnvoll, in diesem Fall nur die Frage zu überprüfen, ob bei unserer Beurteilergruppe die gleichen Items wie bei der Blaser-Gruppe die analytischen Verfahren von den anderen in globo diskriminieren.

b) Ueberlegungen zur Wahl der Varianzanalyse

Die Varianzanalyse ist das klassische Verfahren, um wesentliche von unwesentlichen Einflussgrößen zu unterscheiden (Sachs, 1969, p. 479). Für unsere Fragestellung bot sich eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit folgendem Design an:

Tabelle 2 : Uebersicht über die gestellten Indikationen

Gruppen/Ind.	analyt. Indik.	nichtanalyt. Indik.	n total
A (Psych.Stud.)	19	6	25
B (Psychiater)	13	5	18
C (Psychoanalyt.)	22	(1)*	22(3)
D (Laien)	15	4	19
	69	16	84 (5)

Zudem wurde der einzige Analytiker (C), der ein nicht-analytisches Verfahren indizierte, aus der Auswertung herausgenommen. %

Wie erwähnt arbeitete Blaser u.a. mit einer Diskriminanzanalyse (a.a.O., p. 171 ff.), um die Frage nach den zwischen den Indikationen trennenden Items abzuklären. Ein Nachteil der diskriminanzanalytischen Verfahren ist u.M., dass sie nicht ermöglichen zu entscheiden, ob die 25 Items in globo zwischen den Indikationen trennen (Pauschalsignifikanzwert), also ob ev. auftretende Einzelsignifikanzen auf der Itemebene nicht dem Zufall zuzuschreiben sind. Auch die von Blaser ebenfalls verwendete verteilungsfreie Kruskal-Wallis-Varianzanalyse kann dies aus praktischen Gründen noch nicht leisten, da keine entsprechenden EDV-Programme vorliegen. Nur multivariate Varianzanalysen sind bisher dazu in der Lage.

Deshalb entschlossen wir uns, unsere Daten sowohl mit der Kruskal-Wallis-Varianzanalyse wie auch mit einer multivariaten Varianzanalyse auszuwerten. Dadurch ist es möglich, den Einfluss der fehlenden Normalverteilung (Wir haben sie statistisch überprüft) zu kontrollieren, wie auch den Pauschalsignifikanzwert zu erhalten.

Ein weiteres Problem ergab sich durch die ungleiche Zellenbesetzung. Die normalerweise in psychologischen Untersuchungen verwendete multivariate Varianzanalyse des PSYCHLIB gleicht bekanntlich die ungleichen Zellenbesetzungen durch eine Gewichtung aus. Sind dagegen unterschiedliche Zellenbesetzungen nicht auf einen Mangel in der experimentellen Durchführung (z.B. unterschiedliche Versuchspersonenzahlen) zurückzuführen, sondern weisen auf "reelle Unterschiede" hin (bei uns auf reelle Unterschiede in der Häufigkeit bestimmter Indikationen), erweist sich das Programm von Jeremy D. Finn: "Multivariate" als überlegen. Deshalb wählten wir dieses Programm, das uns freundlicherweise von W. Otto (Sozialforschungsstelle der Universität Zürich)

*(Fortsetzg. Fussnote p.72)
da sonst seinen Einschätzungen (die allein eine Zelle besetzt hätten), ein zu grosses Gewicht zugekommen wäre.

zur Verfügung gestellt wurde. Aus praktischen Gründen wurde die darin enthaltene, unrotierte Hauptkomponentenanalyse als Faktorenanalyse verwendet. Dabei ergab sich interessanterweise eine so ähnliche Faktorenstruktur wie in der Berner Untersuchung, dass wir uns entschlossen, die Korrelationsmatrix doch noch mit dem von Blaser verwendeten Programm des SPSS (PA2) zu untersuchen, um den Vergleich zu optimieren.

Weil in der Berner Untersuchung nur Kliniker als Beurteiler vorkamen, wurden unsere Daten jeweils in zwei Durchläufen analysiert: einmal mit und einmal ohne die Laiengruppe (D).

5.5 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

Um den Vergleich mit der Untersuchung Blaser übersichtlich zu gestalten, übernehmen wir seine Gliederung bei der Darstellung der Ergebnisse (a.a.O., 157 ff.) und verwenden im folgenden auch seine Begriffe.

5.5.1 Indikationen und "empirische Persönlichkeitseigenschaften"

Wie schon aus der Zellverteilung unter 4.2 hervorgeht, wurden bei unserer Untersuchung vorwiegend analytische Indikationen gestellt, im Gegensatz zu der Untersuchung von Blaser, wo weitaus am häufigsten Indikationen unter die Kategorie "nicht analytische Psychotherapie" fallen (40,3 %).*

Analytische Indikationen wurden dort nur in 22,9% der Fälle gestellt (vgl. Blaser, a.a.O. p.157).

* In der Vergleichsstudie in den USA wurden ähnliche Ergebnisse erzielt:

Indikation zu nicht-analytischen Verfahren	(44,4 %)
Indikation zu analytischen Verfahren	(36,9 %)
Indikation zu Verhaltenstherapie	(15,5 %)

Chemotherapie und "keine Therapie" wurden seltener indiziert als in der Schweiz.

Wie ist diese unterschiedliche Verteilung der gestellten Indikationen zu interpretieren ? Es gibt zwei verschiedene Interpretationsansätze:

1. es liegt an der Patientin (im Gegensatz zu der Untersuchung Blaser wurde ja nur eine, nicht 20 Patienten eingeschätzt). Nach den Ergebnissen von Blaser müsste sich unsere Patientin als YAVIS-Patientin erweisen, weil 69 der 85 Beurteiler ein analytisches Verfahren bei ihr indizieren.
2. es liegt an den Beurteilern, die sich von der Klinikergruppe unterscheiden und (oder) andere Kriterien bei der Indikationsstellung anwenden.

Die beiden Interpretationsmöglichkeiten werden nun diskutiert.

1. Interpretationsmöglichkeit

Charakterisiert die Indikationsstellung die Patientin ?

Kommen die Beurteiler zu der relativ homogenen Indikationsstellung: analytisches Verfahren, weil die Patientin "eine typische Analysepatientin" ist ?

Betrachten wir die Mittelwerte der Einschätzungen der Patientin auf der folgenden Tabelle 3, ergibt sich kurz zusammengefasst das folgende Bild der Patientin, das in allen 4 Gruppen erstaunlich ähnliche Züge trägt : (kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen : $p < 0,12$)

Sie ist gut durchschnittlich intelligent, gut introspektions- und verbalisierungsfähig, aufrichtig, eher extravertiert, steht unter einem grossen Leidensdruck und ist gut motiviert für eine Behandlung. Gut übereinstimmend wird festgestellt, dass sie ziemlich schwer gestört ist, wenig gewohnt ist, soziale

Tabelle 3: Mittelwerte der Items pro Gruppe und Indikation

Items	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D	Ind. I * (analyt. Verfahr.)	Ind. II * (nichanal. Verfahr.)	Signif.* alle Beur.	Sign.* niveau multivariat
	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$p < 0,58$	$p < 0,71$
1. Abwehr/Diss.	30,12	29,11	29,10	32,42	31,5	19,7	0,02	0,12
2. Affekt.Diff.	23,20	19,44	27,71	21,58	25,1	16,6	0,29	0,20
3. Auflichtig	35,72	31,39	35,43	39,05	34,6	33,7	0,95	0,84
4. Durchhalten	19,80	24,61	26,10	26,32	25,2	13,4	0,03	0,03
5. Demonstratives	19,92	19,83	19,00	18,42	20,5	15,4	0,14	0,68
6. Emotionalität	28,08	24,94	23,81	17,95	26,4	23,0	0,46	0,71
7. Erregungsniveau	37,28	31,06	34,14	24,11	34,5	34,5	0,63	0,37
8. Fähig.zu verbal.	34,16	32,83	34,71	29,79	34,1	33,2	0,45	0,62
9. Frustr.toleranz	10,12	15,67	17,95	21,42	14,4	13,4	0,35	0,06
10. Gefühl Pat.helfen	25,52	23,39	31,00	34,05	28,9	16,3	0,03	0,09
11. Introspektion	30,32	29,72	31,43	35,17	31,7	24,8	0,10	0,44
12. Interesse	39,44	34,50	35,62	37,11	37,3	34,5	0,46	0,57
13. Intelligenz	32,16	35,11	31,95	31,89	33,3	30,9	0,56	0,65
14. Intro-/Extravers.	41,48	33,33	36,20	43,95	37,0	39,7	0,10	0,01
15. Ich-Stärke	19,16	15,50	23,19	21,58	20,8	13,0	0,11	0,18
16. Kontakt	21,8	22,2	20,4	13,1	23,2	13,0	0,01	0,16
17. Leistungsdruck	38,9	36,5	37,9	41,7	37,2	40,9	0,13	0,53
18. Motivation	32,2	35,7	33,2	34,7	33,6	33,3	0,75	0,38
19. Passiv-aktiv	10,5	14,7	15,9	10,1	14,1	10,4	0,95	0,75
20. Plastizität	16,0	14,5	15,6	10,4	15,8	13,6	0,45	0,84

* nur Klinikerguppen berücksichtigt

Forts. Tabelle 3:

Items	M	Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D	Ind. I (analyt. Verfahren.)	Ind. II (nichtanal. Verfahren.)	Signif. Ind. I x II alle Beurt. multivariat	Sign. niveau
		$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$\bar{x}$	$p < 0,58$	$p < 0,71$
21. Schweregrad		38,2	38,1	37,3	37,4	37,4	40,4	0,86	0,76
22. Soz. Zuwend.		13,4	14,9	13,4	9,0	14,0	13,0	0,86	0,76
23. Suggestibill.		31,2	29,9	26,1	27,7	28,9	30,4	0,82	0,72
24. Sympathie		32,4	32,6	35,4	37,6	34,5	28,4	0,18	0,60
25. Verh.rep.		12,3	16,6	18,9	14,2	16,9	9,8	0,09	0,17

Anmerkung:

Die Items wurden auf einer 50mm langen Strecke eingeschätzt. Die Mittelwerte in der obigen Tabelle sind in mm angegeben.

Zuwendung zu bekommen, ein stark eingeschränktes Verhaltensrepertoire hat, eher passiv ist und eine geringe Frustrationstoleranz und Ichstärke aufweist. Es scheint zweifelhaft, ob sie fähig ist zu einem wirklichen affektiven Kontakt und ob sie in einer Therapie durchhalten kann. Dennoch ist sie den meisten Beurteilern sympathisch und fähig, ein gutes fachliches Interesse an sich zu mobilisieren.

Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass bei unserer Untersuchung, im Gegensatz zu der von Blaser, die Items global nicht zu trennen vermögen zwischen den Indikationen (vgl. 5.5) Es kommen zwar einzelne signifikante Unterschiede bei den Items vor, aber die dürften streng genommen nicht interpretiert werden, wenn keine Pauschalsignifikanz erzielt wurde.

Schon aus dieser stichwortartigen Zusammenfassung wird ersichtlich, dass die Patientin sowohl YAVIS- Eigenschaften (YOUNG, ATTRACTIVE, VERBAL, INTELLIGENT) wie aber auch gewisse NON-YAVIS-Eigenschaften (nicht SUCCESSFUL; z.B. Ichschwach, eingeschränkt in ihrem Verhaltensrepertoire, passiv, schwer gestört) aufweist.

Analysieren wir weiter die Einschätzungen jener Beurteiler, die die Patientin in eine analytische Behandlung (Indikation I) bzw. eine nicht analytische Behandlung (Indikation II) schicken würden und vergleichen sie mit den von Blaser beschriebenen Indikationsstereotypen (vgl. Blaser, a.a.O. p. 165 ff.), finden wir wenig Übereinstimmung damit. Wir interpretieren diese Befunde, dass bei unseren Beurteilern nicht nur diese Indikationsstereotype bei ihrer Urteilsbildung wirksam sind, da bei beiden Beurteilergruppen (Indikation I und II) charakteristische Merkmale der Patientin (z.B. ihre schwere psychische Störung) wahrgenommen werden : sie wird folglich nicht vorwiegend stereotyp, sondern individuell beurteilt.

2. Interpretationsmöglichkeit

- Charakterisiert die Indikationsstellung weniger die Patientin als die Beurteiler ?
- Sind entscheidende Unterschiede bei unserer Beurteilergruppe verglichen mit der Berner Klinikergruppe, anzunehmen ?

Eine andere Interpretationsmöglichkeit ist, dass das Ueberwiegen der analytischen Indikation weniger von der Patientin als von den Beurteilern abhängt. Bestehen lokale und institutionelle Unterschiede zwischen der Beurteilergruppe bei Blaser und der unserer Untersuchung ? Es ist z.B. bekannt, dass Zürich sich einen Namen als "Hochburg für tiefenpsychologische Therapien" erworben hat, im Gegensatz zu Bern, wo nur vereinzelte tiefenpsychologisch orientierte Therapeuten praktisch tätig sind und an der Universität hauptsächlich in Verhaltensmodifikation und Gesprächspsychotherapie (die häufigste Indikation bei Blaser!) unterrichtet wird.

Weiter mag das unterschiedliche institutionelle Untersuchungssetting eine Rolle spielen: bei Blasers Experiment beteiligten sich Kliniker der Universitätspoliklinik Bern. Die Untersuchung wurde im Rahmen einer festen Einrichtung der Klinik, der wöchentlichen "Gemeinsamen", durchgeführt. Der Klinikalltag mit seinen realen Möglichkeiten für Therapien für die Patienten mag bei der Wahl eines bestimmten therapeutischen Verfahrens mitgewirkt haben. Sofern wir richtig informiert sind, entsprechen die gestellten Indikationen ungefähr der Verteilung der Indikationen, die auch sonst - ausserhalb des Experiments - gestellt werden. Uebrigens war dies eine Intention von Blaser.

In unserer Untersuchung waren wir zwar bemüht, die Untersuchungsbedingungen möglichst der von Bern anzupassen, jedoch wollten wir noch zusätzliche Variablen mitberücksichtigen, z.B. den Einfluss der realen äusseren Situation des Beurteilers (vgl. Fragebogen). So sind einzelne unserer Beurteiler ebenfalls in einer Klinik tätig (wie die Kliniker von Blaser), andere arbeiten an anderen Institutionen oder in der Privatpraxis. Auf diese Zusammenhänge wird noch einzugehen sein. Als Illustration sei erwähnt, dass z.B. die Indikation: "Gruppentherapie" nur von Beurteilern gestellt wurde, die in einer psychiatrischen Klinik arbeiten und dieses therapeutische Verfahren von dort her kennen.

5.5.2 Persönlichkeitseigenschaften (beziehungweise Indikationsstellung) und subjektiver Sicherheitsgrad (SSG)

Nach Blaser (a.a.O., p. 170) lässt sich die Varianz des SSG in drei Anteile zerlegen: einen itemspezifischen, einen phasenspezifischen und einen persönlichkeitspezifischen. Wie sieht es damit in unserer Untersuchung aus? Ueber den persönlichkeitspezifischen Anteil können wir aufgrund unseres Designs nichts aussagen: es liegt nur je eine Itemeinschätzung pro Beurteiler vor. Hingegen eignen sich unsere Daten, folgendem Sachverhalt näher nachzugehen:

"Welche Indikation am sichersten oder am unsichersten beurteilt wird, dürfte von Beurteiler zu Beurteiler variieren und von seinem Wissensstand und seiner Schulzugehörigkeit abhängen". (a.a.O., p. 176).

Da wir die Beurteiler variierten, können wir den Einfluss folgender Variablen überprüfen:

- a) Einfluss der (therapeutischen) Spezialausbildung (bzw. Schulzugehörigkeit)
- b) Einfluss der klinischen Erfahrung im allgemeinen (und zwar sowohl bezüglich Vorhandensein überhaupt, wie auch der Dauer der klinischen Erfahrung, (vgl. 4.3.).
- c) Einfluss spezifischer klinischer Erfahrung (d.h. mit bestimmten Psychotherapieverfahren).
- d) Einfluss persönlicher Präferenzen *

Die Variablen werden in bezug auf ihre mögliche Auswirkung auf die Itemeinschätzung und die Indikationsstellung untersucht.

*aufgrund von Angaben aus dem Fragebogen.

Tabelle 4: Durchschnittlicher subjektiver Sicherheitsgrad pro Item

Item	alle		Psychol.Stud.		Psychiater		Analytiker		Laien	
	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$
1. Abwehr/Diss.	1,77	1,02	1,48	0,71	1,56	0,78	2,05	1,25	2,05	1,31
2. Affekt Diff.	2,12	1,39	2,40	1,47	2,24	1,73	1,86	1,03	1,90	1,29
3. Aufrichtigkeit	1,73	1,10	1,48	0,82	2,11	1,41	1,68	1,17	1,74	0,99
4. Durchhaltkraft	2,44	1,27	2,16	1,25	2,56	1,54	2,45	1,22	2,68	1,11
5. Demonstratives	1,92	1,09	1,80	0,76	2,00	1,28	1,77	0,97	2,16	1,39
6. Emotionalität	1,87	1,02	1,64	0,81	1,89	1,08	2,05	1,09	1,95	1,13
7. Erregungsniveau	2,17	1,31	1,84	0,85	2,22	1,56	2,23	1,31	2,47	1,54
8. Fähigkeit zu verb.	1,54	0,93	1,48	0,71	1,67	1,03	1,55	1,10	1,47	0,90
9. Frustrationstoleranz	1,99	1,29	1,64	1,00	1,61	1,09	2,23	1,45	2,53	1,47
10. Gefühl, helfen zu können	1,89	1,15	1,76	0,83	2,00	1,33	2,05	1,40	1,79	1,08
11. Introspektion	1,93	1,10	1,76	0,88	2,39	1,38	1,96	1,09	1,68	1,00
12. Interesse	1,35	0,78	1,12	0,33	1,33	0,59	1,64	1,34	1,32	0,82
13. Intelligenz	1,82	1,18	1,76	1,20	2,06	1,43	1,77	1,02	1,74	1,15
14. Introverts./Extravers.	1,64	1,00	1,56	0,82	1,56	1,10	1,86	1,17	1,58	1,37
15. Ich-Stärke	1,92	1,18	1,84	1,11	1,83	1,20	1,77	0,81	2,26	1,39
16. Kontakt	2,00	1,23	2,00	1,29	2,17	1,34	2,00	1,11	1,84	1,26
17. Leidensdruck	1,73	1,14	1,68	1,03	1,67	0,97	1,73	1,28	1,84	1,34
18. Motivation	2,08	1,30	2,04	1,17	1,83	0,99	2,41	1,50	2,00	1,49
19. Passivität/Aktivität	1,79	1,15	1,56	0,82	1,89	1,41	2,36	1,36	1,31	0,67
20. Plastizität	2,18	1,35	2,21	1,30	2,44	1,50	2,05	1,29	2,16	1,39

Forts. Tabelle 4:

Item	alle		Psychol. Stud.		Psychiater		Analytiker		Laien	
	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$	$\bar{M}$	$\bar{s}$
21. Schweregrad	1,63	0,95	1,40	0,65	1,44	0,62	1,86	1,08	1,84	1,30
22. Soziale Zuwendung	2,05	1,29	1,80	0,87	2,28	1,53	2,32	1,43	1,84	1,34
23. Suggestibilität	2,48	1,33	2,20	1,04	2,50	1,47	2,45	1,37	2,84	1,50
24. Sympathie	1,54	0,91	1,36	0,64	1,67	1,09	1,82	1,22	1,31	0,48
25. Verhaltensrep.	2,11	1,38	1,72	1,21	2,22	1,44	2,05	1,24	2,58	1,64

Bei Biasers Originalstudie und seiner Validierungsstudie wurden Demonstratives, Sympathie, Interesse und Motivation mit grosser Sicherheit beurteilt, Plastizität, Soziales Zuwendungsniveau und Suggestibilität hingegen mit sehr geringer. Diese Ergebnisse bestätigen sich bei unserer Untersuchung nicht.

Zusammenfassend können wir bezüglich der subjektiven Sicherheit drei Hauptaussagen festhalten:

- a) Die Beurteiler unserer Stichprobe fühlen sich eher unsicher sowohl bei der Einschätzung der Persönlichkeitseigenschaften der Patientin wie auch bei der Indikationsstellung (vgl. Tabelle 4). Die Mittelwerte liegen fast durchwegs zwischen 1,0 und 2,0 auf einer Skala von 0 (= unsicher) und 5 (= sicher). Auch beliebte und laut Literatur häufig verwendete Indikationskriterien wie Ichstärke, Motivation, Intelligenz, u.a. werden mit relativ geringer subjektiver Sicherheit beurteilt. Dieser Befund deckt sich mit der Beobachtung Blasers.
- b) Mit zunehmender Information steigt die subjektive Sicherheit bei der Indikationsstellung. ($\chi^2 = 21,00$, $df = 12$, $p = 0,05$). Dies entspricht Blasers Befund und der klinischen Erfahrung, dass man sich nach ausführlicher Information sicherer fühlt, eine Entscheidung zu fällen. Allerdings stellt Blaser in Frage, ob dieser grösseren subjektiven Sicherheit auch eine bessere Einschätzung entspricht. Wir konnten aufgrund unseres Datenmaterials diesen Befund nicht überprüfen.
- c) Die Dauer der klinischen Erfahrung wirkt sich bei unseren Beurteilern hochsignifikant auf die subjektive Sicherheit bei der Indikationsstellung aus ($\chi^2 = 174,65$, $df = 90$, $p = 0,00$). Ein signifikanter Einfluss anderer Faktoren, wie Ausbildung, spezifische klinische Erfahrung mit bestimmten Therapieformen, persönliche Vorlieben für eine bestimmte Psychotherapieform konnten wir nicht nachweisen. Interessant ist, dass sich die Dauer der klinischen Erfahrung nicht auf den SSG bei der Itemeinschätzung auswirkt. ($\chi^2 = 41,44$, $df = 36$, $p = 0,25$). Könnte es sein, dass sich die klinische Erfahrung in einer vermehrten Sensibilisierung auf die Adäquatheit eigener Beurteilungen von Patienteneigenschaften auswirkt (z.B. durch die Erfahrung, dass sich in so und so vielen Fällen das anfängliche Bild von einem Patienten nachträglich, z.B. durch Therapieerfahrung mit ihm, wesentlich verändert hat), aber

die Sicherheit bezüglich der Frage, bei welchen Patienten (im allgemeinen) sich welches Psychotherapieverfahren am besten eignet, durch jahrelange Beobachtung und Erfahrung steigt ? Eine andere, allerdings sehr gewagte Interpretation wäre, dass die eigene Sicherheit bei der Indikationsstellung nur unwesentlich von Patienteneigenschaften abhängt, sondern mit ganz anderen Faktoren zu tun hat (z.B. persönliche Vorlieben für bestimmte Psychotherapien, äussere Faktoren, etc.). Auf diese Problematik werden wir im 2. Teil der Arbeit ausführlich eingehen (vgl. 6./7.).

5.5.3 Korrelationen zwischen den Items

Da es uns wahrscheinlich schien, dass sich in den Korrelationen u.a. fachliche Kriterien niederschlagen, die den Einschätzungen zugrunde lagen, erstellten wir zwei verschiedene Korrelations-tabellen:

Tabelle 5: Korrelationsmatrix (mit Laien)

Tabelle 6: Korrelationsmatrix (ohne Laien)

Tabelle 5 -- Korrelationsmatrix (mit Laien)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Abwehr/Dassim.	1,00									
2 Affekt.Diff.	0,26	1,00								
3 Aufrichtigkeit	0,32	0,31	1,00							
4 Durchhaltekraft	0,11	0,26	0,09	1,00						
5 Demonstratives	0,04	0,04	0,16	0,12	1,00					
6 Emotionalität	0,14	0,34	0,07	0,03	0,06	1,00				
7 Erregungsniveau	0,04	0,06	0,02	0,13	0,01	0,15	1,00			
8 Fähigkeit zu verbalisieren	0,30	0,34	0,30	0,16	0,09	0,20	0,17	1,00		
9 Frustrationstoleranz	0,16	0,06	0,01	0,33	0,14	0,09	0,11	0,14	1,00	
10 Gefühl, Pat. helfen zu können	0,21	0,22	0,30	0,35	0,06	0,16	0,19	0,36	0,12	1,00
11 Introspektion	0,26	0,35	0,14	0,15	0,05	0,06	0,15	0,24	0,08	0,15
12 Interesse	0,21	0,19	0,20	0,08	0,03	0,07	0,21	0,27	0,07	0,38
13 Intelligenz	0,24	0,37	0,20	0,13	0,03	0,15	0,04	0,36	0,04	0,35
14 Intro - Extraversion	0,04	0,03	0,08	0,09	0,17	0,21	0,02	0,12	0,02	0,07
15 Ich-Stärke	0,21	0,16	0,09	0,32	0,05	0,03	0,02	0,19	0,31	0,24
16 Kontakt	0,03	0,08	0,01	0,33	0,22	0,15	0,07	0,10	0,00	0,39
17 Leidensdruck	0,22	0,12	0,22	0,12	0,14	0,14	0,26	0,29	0,13	0,34
18 Motivation	0,20	0,26	0,34	0,16	0,20	0,08	0,09	0,45	0,17	0,45
19 Passivität - Aktivität	0,14	0,17	0,01	0,25	0,12	0,05	0,00	0,18	0,12	0,14
20 Plastizität	0,18	0,23	0,25	0,21	0,11	0,12	0,01	0,32	0,31	0,31
21 Schweregrad	0,01	0,10	0,20	0,17	0,18	0,03	0,04	0,20	0,23	0,06
22 Soziale Zuwendung	0,01	0,10	0,19	0,13	0,22	0,16	0,24	0,21	0,17	0,12
23 Suggestibilität	0,07	0,11	0,05	0,04	0,00	0,09	0,21	0,17	0,18	0,19
24 Sympathie	0,13	0,50	0,38	0,19	0,14	0,28	0,13	0,28	0,05	0,61
25 Verhaltensrepertoire	0,22	0,28	0,17	0,14	0,17	0,18	0,02	0,28	0,20	0,37

Tabelle 5 --- Korrelationsmatrix (mit Laien)

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Abwehr	1,00									
2 Affekt.Diffr.	0,11	1,00								
3 Autoritätsgewalt	0,29	0,37	1,00							
4 Durchhaltetraft	0,07	0,16	1,11	1,00						
5 Demonstratives	0,38	0,10	0,17	0,06	1,00					
6 Emotionalität	0,21	0,08	0,13	0,21	0,23	1,00				
7 Erregungsniveau	0,32	0,37	0,30	0,24	0,16	0,18	1,00			
8 Fähigkeit zu verbalisieren	0,12	0,28	0,35	0,08	0,23	0,22	0,46	1,00		
9 Frustrationstoleranz	0,21	0,05	0,38	0,32	0,41	0,15	0,03	0,17	1,00	
10 Gefühl, Pat. helfen zu können	0,33	0,12	0,20	0,04	0,47	0,10	0,28	0,28	0,32	1,00
11 Interpretation	0,11	0,14	0,22	0,26	0,12	0,05	0,04	0,10	0,18	0,06
12 Interesse	0,13	0,17	0,18	0,24	0,02	0,00	0,29	0,19	0,34	
13 Intelligenz	0,24	0,05	0,12	0,07	0,10	0,26	0,23	0,04	0,13	0,26
14 Intro - Extraversion	0,19	0,40	0,43	0,00	0,06	0,30	0,25	0,42	0,14	0,21
15 Ich-Stärke	0,26	0,09	0,32	0,06	0,42	0,26	0,25	0,20	0,31	0,50
21	21	22	23	24	25					
1 Abwehr	1,00									
2 Affekt.Diffr.	0,11	1,00								
3 Autoritätsgewalt	0,16	0,14	1,00							
4 Durchhaltetraft	0,20	0,19	0,01	1,00						
5 Demonstratives	0,07	0,26	0,18	0,30	1,00					

Tabelle 6 Korrelationsmatrix (ohne Laien)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 Abwehr/Dassim	1,00									
2 Affekt.Diff.	0,17	1,00								
3 Aufrichtigkeit	0,30	0,30	1,00							
4 Durchhaltekraft	0,13	0,27	0,06	1,00						
5 Demonstratives	0,06	0,13	0,16	0,12	1,00					
6 Emotionalität	0,12	0,31	0,02	0,07	0,02	1,00				
7 Erregungsniveau	0,02	0,09	0,01	0,17	0,07	0,12	1,00			
8 Fähigkeit zu verbalisieren	0,23	0,27	0,35	0,23	0,09	0,18	0,10	1,00		
9 Frustrationstoleranz	0,06	0,08	0,11	0,38	0,07	0,16	0,15	0,18	1,00	
10 Gefühl, Pat. helfen zu können.	0,20	0,24	0,32	0,34	0,05	0,20	0,24	0,54	0,08	1,00
11 Introspektion	0,21	0,40	0,10	0,18	0,05	0,06	0,16	0,29	0,05	0,25
12 Interesse	0,18	0,09	0,25	0,06	0,02	0,15	0,24	0,20	0,12	0,36
13 Intelligenz	0,23	0,35	0,23	0,19	0,03	0,14	0,10	0,33	0,02	0,42
14 Intro - Extraversion	0,09	0,02	0,10	0,00	0,16	0,14	0,06	0,11	0,07	0,07
15 Ich-Stärke	0,34	0,16	0,06	0,27	0,01	0,02	0,04	0,41	0,41	0,34
16 Kontakt	0,06	0,21	0,03	0,35	0,14	0,13	0,20	0,27	0,08	0,44
17 Leidensdruck	0,19	0,06	0,18	0,14	0,10	0,14	0,30	0,32	0,08	0,30
18 Motivation	0,13	0,23	0,39	0,23	0,13	0,11	0,11	0,51	0,14	0,44
19 Passivität - Aktivität	0,19	0,19	0,03	0,22	0,15	0,06	0,16	0,18	0,26	0,16
20 Plastizität	0,21	0,22	0,23	0,13	0,01	0,08	0,02	0,29	0,36	0,33
21 Schweregrad	0,03	0,04	0,22	0,15	0,10	0,11	0,13	0,13	0,37	0,02
22 Soziale Zuwendung	0,03	0,04	0,24	0,22	0,18	0,18	0,26	0,28	0,24	0,18
23 Suggestibilität	0,23	0,01	0,04	0,04	0,00	0,16	0,21	0,28	0,02	0,30
24 Sympathie	0,08	0,48	0,39	0,19	0,10	0,27	0,10	0,33	0,09	0,60
25 Verhaltensrepertoire	0,17	0,24	0,09	0,14	0,26	0,08	0,03	0,31	0,31	0,41

Tabelle 6 Korrelationsmatrix (ohne Laien)

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Abwehr/Dassim.	1,00									
2 Affekt.Diff.	0,18	1,00								
3 Aufrichtigkeit	0,38	0,36	1,00							
4 Durchhaltetraft	0,07	0,23	0,16	1,00						
5 Demonstratives	0,41	0,02	0,28	0,05	1,00					
6 Emotionalität	0,26	0,00	0,22	0,25	0,28	1,00				
7 Erregungsniveau	0,40	0,33	0,33	0,28	0,23	0,21	1,00			
8 Fähigkeit zu verbalisieren	0,20	0,20	0,36	0,07	0,31	0,36	0,45	1,00		
9 Frustrationstoleranz	0,35	0,10	0,47	0,17	0,47	0,21	0,02	0,19	1,00	
10 Gefühl, Pat helfen zu können	0,40	0,13	0,22	0,09	0,51	0,15	0,28	0,29	0,36	1,00
11 Introspektion	0,09	0,17	0,22	0,20	0,24	0,01	0,11	0,13	0,11	0,16
12 Interesse	0,14	0,18	0,15	0,24	0,00	0,13	0,36	0,32	0,22	0,06
13 Intelligenz	0,38	0,12	0,11	0,08	0,21	0,28	0,34	0,16	0,12	0,33
14 Intro - Extraversion	0,32	0,40	0,48	0,01	0,09	0,37	0,17	0,37	0,13	0,18
15 Ich-Stärke	0,31	0,09	0,29	0,02	0,51	0,27	0,19	0,19	0,36	0,54
21	21	22	23	24	25					
1 Abwehr	1,00									
2 Affekt.Diff.	0,11	1,00								
3 Aufrichtigkeit	0,16	0,24	1,00							
4 Durchhaltetraft	0,23	0,23	0,07	1,00						
5 Demonstratives	0,17	0,24	0,17	0,24	1,00					

5.5.4 Struktur der Beurteilung

Blaser versuchte mit einer Faktorenanalyse der Beurteilungen aller Patienten die Struktur der klinischen Personenwahrnehmung in der Situation des ersten Eindrucks abzubilden. Anschliessend wurden mit einer Diskriminanzanalyse die massgeblich trennenden Items der Indikationsgruppen ausfindig gemacht (vgl. Blaser, a.a.O, p. 176 ff.)

Er rotierte die Hauptkomponenten der 253 Beobachtungen nach dem Varimax-Kriterium. Wir gehen analog vor (nach dem PA 2 des SPSS).

Nach rein statistischen Kriterien wären 8 Faktoren interpretierbar, da sie einen Eigenwert von über 1 aufweisen (vgl. Tabelle 7). Da jedoch im 6. Faktor nur noch eine Markiervariable über der operational definierten Signifikanzgrenze von .40 erscheint, beschränken wir uns auf diese 6 Faktoren. Interessanterweise vermögen auch in unserer Untersuchung die 6 Faktoren fast 60 % (56,3 %) der Varianz zu erklären (vgl. Tabelle 7).

Als zusätzliche Abstützung unserer Interpretation betrachten wir auch die Ergebnisse der rotierten Hauptkomponentenanalyse bei 5 Faktoren und vergleichen sie mit jener bei 6 Faktoren.

Tabelle 7 Nach Varimax rotierte Hauptkomponenten der Gesamtstichprobe (N = 84) (F = 6)

Items / Faktoren	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	Communality
Sympathie (I/24)	0,73				0,34		0,70
Affektive Diff. (I/2)	0,66						0,51
Intelligenz (I/13)	0,48						0,33
Interesse (I/12)	0,45						0,33
Aufmerksamkeit (I/3)	0,44		0,30				0,34
Fähigkeit zu verbal. (I/8)	0,43		0,25	0,27			0,44
Gefühl Pat. helfen (I/10)	0,42		0,27		0,55		0,59
Emotionalität (I/6)	0,35						0,29
Abwehr/Diss. (I/1)	0,32	0,31					0,23
Verhaltenstrep. (I/25)	0,29	0,56					0,47
Motivation (I/18)	0,28		0,69				0,64
Schweregrad (I/21)	0,27				-0,27		0,24
Introspektionsfähigk. (I/11)	0,25	0,46				0,33	0,42
Lebensdruck (I/17)		0,26	0,46			0,33	0,47
Plastizität (I/20)		0,66					0,49
Erregungsniveau (I/7)				0,47			0,25
Durchhaltekraft (I/4)					0,60		0,52
Kontakt (I/16)				0,35	0,52		0,50
Pass./Aktiv. (I/19)		0,50				-0,38	0,43
Frustrationstol. (I/9)		0,41		-0,50			0,50

Forts. Tabelle 7.

Items / Faktoren	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	Communality
Soz. Zuwendung (I/22)			-0,44			-0,37	0,36
Suggestibilität (I/23)				0,66			0,52
Ich-Stärke (I/15)		0,65					0,47
Introvers./Extrovers. (I/14)						0,69	0,55
Demonstratives (I/5)			-0,48				0,31
Eigenwert	4,64	2,13	1,51	1,06	0,82	0,69	
Erklärter Varianzant. $\frac{\sum a_i^2}{N}$	42,7%	19,6%	13,9%	9,8%	7,6%	6,4%	
$\frac{\sum a_j^2}{N \cdot Tot.}$	20,6	10,8	8,3	6,2	5,5	4,9	

Die Faktorenmatrix wurde nach dem abnehmenden Varianzanteil des 1. Faktors geordnet.
 Ladungen unter 0,25 wurden weggelassen.

Der erste Faktor, der erstaunlich viel des Varianzanteils auf sich vereinigt (20,6 %), besteht aus zwei verschiedenen Gruppen von Markiervariablen. Die erste Gruppe setzt sich aus drei Therapeutenvariablen zusammen: der Sympathie, dem Interesse am Fall und dem Gefühl, dem Patienten helfen zu können.

Die andere Gruppe umfasst Patienteneigenschaften: Intelligenz, affektive Differenziertheit, Aufrichtigkeit, Fähigkeit zu verbalisieren. Es erstaunt, dass zwei inhaltlich so verschiedene Gruppen von Variablen in einem Faktor vereint auftreten. Blaser machte in seiner Untersuchung eine analoge Beobachtung und interpretiert folgendermassen:

"Die einfachste Erklärung liegt in der Verknüpfung beider Gruppen: Patienten, die motiviert sind und ihr vorhandenes Leiden nicht demonstrieren (2. Variablengruppe), werden als interessant und sympathisch erlebt und geben dem Therapeuten das Gefühl, helfen zu können (1. Variablengruppe M.L.). Motivation, Leidensdruck und undemonstratives Verhalten erwecken demnach in hohem Masse positive Gefühle im Therapeuten." (a.a.O., p. 177).

In unserer Untersuchung verbinden sich die positiven Gefühle, d.h. die Sympathie des Beurteilers, sein fachliches Interesse am Fall und sein Gefühl, er könne dem Patienten helfen, z.T. mit anderen Patienteneigenschaften: der affektiven Differenziertheit, der Intelligenz, der Aufrichtigkeit und der Fähigkeit zu verbalisieren: also einerseits mit der Begabung des Patienten im intellektuellen und affektiven Bereich und andererseits mit einer ethisch-moralischen Eigenschaft: der Aufrichtigkeit.

Dieses Ergebnis ist erstaunlich. Dass bei unseren, von den Berner Klinikern doch sehr divergierenden Beurteilern als erster und wichtigster Faktor ebenfalls einer auftritt, der mit dem Namen "Sympathische Eigenschaften" charakterisiert werden könnte, haben wir nicht erwartet.

Den zweiten Faktor charakterisieren wir als Faktor zur Beschreibung gesunder Ich-Anteile. Seine Markiervariablen sind: hohe Plastizität und Ich-Stärke, gutes Verhaltensrepertoire, hohe Aktivität wie auch eine gute Introspektionsfähigkeit und Frustrationstoleranz.

Den dritten Faktor verstehen wir als Motivationsfaktor: eine hohe Motivation, ein ausgeprägter Leidensdruck erscheinen zusammen mit wenig Demonstrativem und mangelnder Erfahrung sozialer Zuwendung. Interessant ist, dass hier eine Therapeutenvariable erscheint: das Gefühl, dem Patienten helfen zu können. Diese als nicht demonstrativ beurteilte Patientin kann den Beurteilern das Gefühl geben, sie sei hoch motiviert und der Beurteiler könne ihr helfen.

Der vierte Faktor betrifft die (therapeutische) Beeinflussbarkeit: eine hohe Suggestibilität ist verbunden mit mangelnder Frustrationstoleranz und einem hohen Erregungsniveau. Negativ interpretiert steht hier z.B. zur Diskussion, ob die Frustrationstoleranz genügen wird, um eine Therapie durchzuhalten. Positiv gesehen wird die Frage aufgeworfen, ob die Patientin in der Therapie emotional ansprechbar (im positiven Sinne suggestibel) ist. Für die zweite Version spricht, dass im gleichen Faktor eine gute Verbalisierbarkeit und Fähigkeit zu affektivem Kontakt enthalten ist.

Der fünfte Faktor ist ein weiterer Sympathiefaktor. Die Sympathie und das Gefühl, dem Patienten helfen zu können, ist hier verbunden mit der Beurteilung der Durchhaltekraft, der Fähigkeit zu affektivem Kontakt und einem geringen Schweregrad der Störung.

Der sechste Faktor umfasst (analog zu Faktor 5 von Blaser) die Klinische Extraversion. Mit Extraversion verbunden sind eine gute Introspektionsfähigkeit, hoher Leidensdruck, aber auch mangelnde soziale Zuwendung und grosse Passivität. Ausser der

Extraversion haben wir hier allerdings keine hohen Ladungen.

Für uns besonders interessant ist, dass kein eigentlicher Psychopathologiefaktor erscheint. Faktor 2 dreht sich zwar um die Frage des psychischen Zustandes, aber berücksichtigt nicht vorwiegend psychopathologische Phänomene, sondern gesunde Ich-Anteile der Patientin. Ob man daraus schliessen kann, dass sich unsere Beurteiler eher für die gesunden Persönlichkeitsanteile der Patientin als für die kranken interessieren ?

Interessante Information zu dieser Frage erhalten wir, wenn wir die rotierte Hauptkomponentenanalyse bei fünf Faktoren betrachten.

Tabelle 8 Nach Varimax rotierte Hauptkomponenten der Gesamtstichprobe ($F = 5$)

Items/Faktoren	F_1	F_2	F_3	F_4	F_5	Communality
Sympathie (I/24)	0,76			0,35		0,72
Affek. Diff. (I/2)	0,66					0,51
Intelligenz (I/13)	0,49		0,25			0,34
Interesse (I/12)	0,46					0,33
Aufmerksamkeit (I/3)	0,46	0,32				0,35
Gefühl, Pat. helfen (I/10)	0,45			0,56		0,60
Fähigkeit zu verbal. (I/8)	0,44					0,35
Motivation (I/18)	0,34	0,36	0,26	0,31		0,41
Emotionalität (I/6)	0,33	-0,26				0,23
Abwehr / Diss. (I/1)	0,32		0,30			0,20
Verhaltensrep. (I/25)	0,28		0,54			0,46
Schweregrad (I/21)	0,26			-0,30		0,22
Introspektionsföh. (I/11)			0,42			0,30
Leidensdruck (I/17)		0,54	0,29			0,22
Kontakt (I/16)		-0,31		0,49	0,37	0,51
Plastizität (I/20)			0,67			0,50
Erregungsniveau (I/77)					0,46	0,22
Durchhaltekräft (I/4)			0,38	0,58		0,48
Pass./Aktivität (I/19)		-0,33	0,50			0,39
Ich-Stärke (I/15)			0,65			0,47
Introvers./Extravers. (I/14)		0,53				0,33

Forts. Tabelle 8

Items/Faktoren	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	Communality
Demonstratives (I/5)		-0,45				0,24
Frustrationstol. (I/9)			0,44		-0,50	0,51
Suggestibilität (I/23)					0,67	0,50
Soziale Zuwendung (I/22)		-0,50				0,37
Eigenwert	4,56	2,08	1,48	1,04	7,81	
Erkl. Varianz (rot)	45,9	20,8	14,8	10,5	8,1	

Vergleich der Ergebnisse der rotierten Hauptkomponentenanalyse
bei 5 und 6 Faktoren

Die Ergebnisse sind erstaunlich homogen : der erste Faktor, der Sympathiefaktor ist auch bei der Rotation mit 5 Faktoren an erster Stelle und umfasst die gleichen Markiervariablen.

Der dritte Faktor (bei F = 5) entspricht dem zweiten Faktor (bei F = 6) und enthält die Variablen zur Beschreibung gesunder Ich-Anteile.

Ebenfalls finden wir den Faktor der (therapeutischen) Beeinflussbarkeit, hier als fünfter Faktor (bei F = 6 als Faktor 4).

Als Unterschied wird sichtbar, dass der zweite Faktor (bei F = 5) gekennzeichnet ist durch hohen Leidensdruck, Extraversion, wenig Demonstrativem, fehlende soziale Zuwendung, fehlender Emotionalität und mangelnde Fähigkeit zu affektivem Kontakt. Motivation und Aufrichtigkeit sind zwar vorhanden, aber nicht als herausstechende Merkmale wie im dritten Faktor (bei F = 6)

Wir können diesen Faktor als Psychopathologiefaktor verstehen: den Widerspruch zwischen der fehlenden Fähigkeit, Emotionen zu zeigen und der stark vorhandenen Extraversion interpretieren wir so: Die Schwere des Leidens zwingt die Patientin, obschon sie nicht dazu neigt, ihr Leiden zu demonstrieren, sich in ihrer Notlage zu zeigen und motiviert sie aufrichtig zu einer Behandlung. Allerdings bleibt zu vermerken, dass auffällt, dass der Schweregrad der Störung nicht in diesem Faktor erscheint, obschon wir aus den Mittelwerten der Einschätzungen unserer Beurteiler wissen, dass die Beurteiler diese Patientin als schwer gestört einschätzen. Der Leidensdruck ist für diese Beurteiler anscheinend relevanter als die Schwere der Störung.

Im vierten Faktor wird der Sympathiefaktor (vgl. Faktor 5, bei F = 6) noch deutlicher. Das Gefühl, dem Patienten helfen zu können und die Sympathie sind verbunden mit der Durchhaltekraft der Patientin, ihrer Fähigkeit zu affektivem Kontakt, der Motivation und fehlendem Schweregrad der Störung.

5.5.5 Itemeinschätzung und Indikation

Wir wollen hier folgenden Fragen nachgehen:

- a) Wie gut vermögen die 25 Items in globo zwischen den Indikationen zu trennen ?
- b) Wenn ja, welche Items sind dabei entscheidend ?
- c) Wenn wir aus dem Katalog der 25 Items jene auswählen, die in der Untersuchung Blaser zwischen den Indikationen zu trennen vermochten: diskriminieren sie auch bei unseren Beurteilergruppen ?

Aus den erwähnten Ueberlegungen (Vgl. 4.2.b) wurden unsere Daten sowohl mit der verteilungsfreien Kruskal-Wallis-Varianz-Analyse wie auch mit einer multivariaten Varianzanalyse ausgewertet.

In keinem der 6 Vergleiche in der multivariaten Varianzanalyse erhielten wir einen Pauschalsignifikanzwert ($0,09 < p < 0,71$). Die Items können weder zwischen den Indikationen noch zwischen den einzelnen Gruppen noch zwischen allen Gruppen trennen. In der verteilungsfreien Varianzanalyse erhalten wir das gleiche Ergebnis.

5.5.6 Informationsmenge und Indikation

Tabelle 9 Übersicht über Wechsel in der Indikationsstellung bei zunehmender Information in unserer Untersuchung

	<u>kein</u> <u>Indikations-</u> <u>wechsel</u>	<u>Indikationswechsel</u>		
		$I_1 = I_2$ $I_2 \neq I_3$	$I_1 \neq I_2$ $I_2 = I_3$	$I_1 \neq I_2$ $I_2 \neq I_3$
n Studenten	12 (48%)	4 (16%)	7 (28%)	2 (8%)
n Psychiater	2 (11%)	11 (61%)	1 (6%)	4 (22%)
n Analytiker	15 (68%)	2 (9%)	3 (14%)	2 (9%)
n Laien	16 (84%)	3 (16%)	-	-
n Beurteiler über alle Gruppen	45 (54%)	17 (20%)	14 (17%)	8 (9%)

Erklärung zur Tabelle:

I_1 = 1. Indikationsstellung nach 8 Minuten

I_2 = 2. Indikationsstellung nach 18 Minuten

I_3 = 3. Indikationsstellung nach 35 Minuten

In unserer Untersuchung erfolgte die Informationsdarbietung via Videoaufzeichnung in drei Abschnitten: nach 8, 18 und 35 Minuten. Unsere Ergebnisse entsprechen unserer Vermutung: über die Hälfte der Indikationen steht bereits nach 8 Minuten fest (54 %). Interessant ist, dass die Analytiker (68 %) und die Laien (84 %) den grössten Prozentsatz der unveränderten Indikationen aufweisen, eigentlich paradox: diejenige Gruppe der Beurteiler, die als grösste Experten (bezüglich Ausbildungsstand und Erfahrung, gelten können, verhalten sich in dieser Beziehung gleich wie jene, die überhaupt keine psychologische Experten sind. Eine Interpretation dazu wäre an dieser Stelle, ohne zusätzliche Hinweise aus dem Datenmaterial, reichlich spekulativ: wir werden im inhaltsanalytischen Teil nochmals auf diese Beobachtung eingehen (vgl. 7.)

5.5.7 Präferenz für eine Therapieform und Indikation

Wir baten unsere Beurteiler (im Fragebogen) anzugeben, welche Therapieform sie selbst am liebsten durchführen. Diese Angaben verglichen wir mit den gestellten Indikationen. Bei den Erst- und Zweitindikationen erhielten wir keine signifikante Uebereinstimmung der indizierten mit der bevorzugten Therapieform ($\chi^2=20,68$, $d_f = 15$, $p = 0,14$, $\chi^2 = 10,28$, $d_f = 6$, $p = 0,11$). bei der 3. und definitiven Indikationsstellung einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ($\chi^2=33,88$, $d_f = 9$, $p = 0,000$).

Dieses Resultat ist inhaltlich interessant, denn es kann als Hinweis dafür gelten, wie wichtig eigene Vorlieben (ev. Indikatoren für Identifikationen) für bestimmte therapeutische Verfahren bei der Indikationsstellung sind.

5.5.8 Spezifische klinische Erfahrung und Indikation

Hat die Dauer der eigenen therapeutischen Erfahrung mit einer bestimmten Psychotherapieform einen Einfluss auf die Indikationsstellung ? Die Beurteiler gaben auf unserem Fragebogen an, mit welchen therapeutischen Verfahren sie schon am meisten Erfahrung hatten (dies gilt natürlich vorwiegend für die beiden Klinikergruppen B und C). Ihre Angaben wurden mit den gestellten Indikationen korreliert. Es ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den beiden Variablen ($\chi^2 = 18,10$, $d_f = 6$, $p = 0,006$).

5.5.9 Zusammenfassung der Ergebnisse der Vergleichsstudie
mit der Untersuchung Blaser

In unserer Vergleichsstudie untersuchen wir die drei folgenden Fragen:

1. Erhalten wir bei unseren Beurteilergruppen vergleichbare Ergebnisse wie Blaser bei den Berner Klinikern ?
2. Sind seine Ergebnisse abhängig von der verwendeten Methodik ?
3. Wie wirkt sich seine Reduktion auf Patientenvariablen und wenige Therapeutenvariablen auf seine Aussagen zum klinischen Urteilsprozess aus ?

Die beiden letzten Fragen können wir erst in der Gegenüberstellung zum zweiten Teil unserer Untersuchung (6.) gesamthaft diskutieren (7.). An dieser Stelle fassen wir kurz unsere wichtigsten Ergebnisse zusammen, die wir mit dem analogen methodischen Vorgehen zu seiner Untersuchung erhalten haben. Sie unterstützen z.T. seine Resultate, z.T. modifizieren sie sie und z.T. widersprechen sie ihnen.

69 von unseren 85 Beurteilern indizieren bei der vorgestellten Patientin ein analytisches Therapieverfahren. Liegt dies vor allem an der Patientin, oder eher an unseren Beurteilergruppen ? Beide Möglichkeiten der Interpretation werden beleuchtet.

Betrachtet man die Itemeinschätzungen im Detail, lassen sich bei vielen Items ähnliche Beobachtungen machen wie bei den Einschätzungen der Berner Gruppe; die Patientin, eine "Analysepatientin" nach Blaser, wird als jung (Y), attraktiv (A), (d.h. sympathisch, fähig, das Interesse der Beurteiler zu wecken, etc.), verbalisationsfähig (V), intelligent (I), aber als ausgesprochen wenig erfolgreich (S* = successful), (schwer gestört, sehr passiv, wenig plastisch, extravertiert, schwaches Verhaltensrepertoire, wenig

* "Successful" ist schwer zu definieren, da es ein "rein soziales Item (Blaser, 1979) ist. Wir interpretieren aufgrund der Mittelwerte dieses Items, dass unsere Patientin auch sozial "non-successful" ist.

gewohnt, soziale Zuwendung zu bekommen) eingestuft. Es lässt sich folglich vermuten, dass unsere Beurteiler über ähnliche Indikationsstereotype verfügen, wenn sie ein analytisches, bzw. ein nicht-analytisches Verfahren indizieren (YAVIS-Patient für Analyse) aber es bei unserer Patientin derart entscheidend (Success !) modifizieren, dass man kaum von einer stereotypen Wahrnehmung sprechen kann. Es ist anzunehmen, dass noch weitere Faktoren bei ihrer Urteilsbildung wesentlich beteiligt sind. Welche Faktoren dies sind, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten, (aufgrund der Einschätzungen), nicht entscheiden. Eine gewagte Interpretation ist, dass die Indikation: "analytische Verfahren" weniger mit der Beurteilung der Patientin zu tun hat, als mit eigenen Präferenzen für diese Therapieform oder äusseren Faktoren, z.B. dass im Raume Zürich im Gegensatz zu Bern die analytischen Verfahren zu den etabliertesten und real verfügbaren gehören. Wir gehen auf diese Problematik unter 7. näher ein.

Einige Hinweise auf die Richtigkeit dieser Interpretation liegen allerdings jetzt schon vor: die gestellte Indikation korreliert in unserer Beurteilergruppe hoch signifikant mit der von den Beurteilern bevorzugten. Ebenfalls besteht ein Zusammenhang zwischen den gewählten Therapieverfahren und jenem, in dem der Beurteiler die grösste praktische Erfahrung aufweist. Eigene Präferenzen und Erfahrungen wirken sich auf die Indikation aus.

In ähnliche Richtung deuten Aussagen, die sich aus der Analyse der Korrelationsmatrix der Items ergeben: die wenigen Therapeutenvariablen, die Blaser in die Skala aufgenommen hat, erweisen sich als sehr wichtig: affektive und kognitive Faktoren des Beurteilers bestimmen seine Wahrnehmung der Patientin entscheidend.

Dieser Stellenwert der Beurteilervariablen bei der Indikationsstellung mag ein Grund sein, weshalb 54 % der Beurteiler schon nach 8 Minuten ihre endgültige Indikation gefunden haben, die zu-

sätzliche Information über die Patientin ändert an der Entscheidung aufgrund des ersten Eindruckes nichts mehr.

Zur Struktur der Beurteilung hat sich, für uns überraschend, herausgestellt, dass auch bei unserer Untersuchung 6 Faktoren fast 60 % der Varianz erklären. Analog zu der Berner Untersuchung kann der erste Faktor als Sympathiefaktor beschrieben werden. Als zweiter Faktor erhalten wir einen Faktor zur Beschreibung gesunder Ich-Anteile, als weitere einen Motivationsfaktor, einen Faktor zur (therapeutischen) Beeinflussbarkeit, einen zweiten Sympathiefaktor und einen Faktor zur Klinischen Extraversion. Es ist auffallend, dass bei unserer Stichprobe die Beurteiler sich mehr auf gesunde Anteile der Patientin ausrichten, als auf Kranke. Entscheidend für sie ist die Frage, ob sie die Patientin therapeutisch, d.h. affektiv und kognitiv erreichen können. Wie schwer die Patientin gestört ist und welche Symptome sie aufweist, interessiert erst in zweiter Linie. Wenn wir nach dem Varimax-Kriterium nur 5 Faktoren rotieren, erscheint zwar als zweiter Faktor ein Psychopathologiefaktor, bei dem sich aber vor allem Leidensdruck und fehlende soziale Zuwendung zeigen und nicht etwa Schweregrad der Störung. Zudem sind im Faktor auch positive Motivation und Aufrichtigkeit enthalten.

Als wichtiger Unterschied zu Blaser ist festzuhalten, dass bei uns die Items nicht zwischen den beiden Indikationen: analytische Verfahren - nicht-analytische Verfahren zu trennen vermögen, ein weiterer Hinweis darauf, dass bei dieser Entscheidung wesentlich andere Faktoren die Bestimmenden sind.

Weiter ist erwähnenswert, dass sich alle Beurteiler sowohl bezüglich der Itemeinschätzung wie auch der Indikation als relativ unsicher erlebten: der SSG liegt fast durchwegs zwischen 1 und 2 (0 = unsicher, 5 = sicher). Wie Blaser erstaunt es uns, dass auch beliebte, häufig verwendete Indikationskriterien wie Ich-Stärke, Motivation, Abwehr etc. von den Beurteilern mit grosser Unsicherheit eingeschätzt werden. Allerdings nimmt die subjektive Sicherheit bei der Indikationsstellung bei zunehmender Information zu.

Als hoch signifikant erwies sich die Dauer der Klinischen Erfahrung in ihrem Einfluss auf den SSG bei der Indikationsstellung, nicht aber bei der Itemeinschätzung. Vielleicht vermag die klinische Erfahrung auf die Problematik einer richtigen Einschätzung von Persönlichkeitsvariablen der Patienten sensibilisieren, aber andererseits das Vertrauen in die Entscheidungsfähigkeit bezüglich der Indikation zu vergrössern.

Will man das Hauptergebnis der Vergleichsuntersuchung überspitzt in eine Kurzformel fassen, könnte diese folgendermassen lauten: Unsere Beurteiler sind zwar fähig, ein "objektives", d.h. nicht vorwiegend durch eigene Stereotype geprägtes Bild der Patientin zu entwerfen, nur richtet sich ihre Indikationsstellung nicht danach, sondern nach andern Variablen, die noch zu beleuchten sind.

6. UNTERSUCHUNG ZU DEN KOGNITIVEN PROZESSEN
 BEI DER INDIKATION PSYCHOTHERAPEUTISCHER
 VERFAHREN

EINE THEORIEGELEITETE, COMPUTERUNTERSTÜTZTE
INHALTSANALYSE DER DENKPROTOKOLLE UND DER
AUFZEICHNUNGEN VON GESPRÄCHEN MIT DEN BE-
URTEILERN

Vorbemerkung

Wir haben in der Einleitung kurz auf die Gründe hingewiesen, warum wir der Vergleichsstudie zu der Untersuchung Blaser, die wir als Korrelationsuntersuchung bezeichnet haben (1.2) eine theoriegeleitete Untersuchung der kognitiven Prozesse gegenüberstellen. Wir versprechen uns davon u.a. eine stärkere Betonung der Individualität, der Komplexität und der Dynamik der kognitiven Prozesse wie auch eine Beleuchtung ihrer Variabilität z.B. bedingt durch äussere Störvariablen: Wir vermuten, dass die kognitiven Prozesse durch persönlichkeits-, schulungs- und settingspezifische Variablen beeinflusst werden, die in der Studie von Blaser nicht Gegenstand der Untersuchung waren. Im Design unserer Untersuchung ist u.a. enthalten, dem Einfluss der Schulung und des Settings nachzugehen: wir haben 4 Beurteilergruppen mit unterschiedlich klinisch-therapeutischer Ausbildung, die in unterschiedlichen institutionellen Settings arbeiten. In der theoriegeleiteten Untersuchung gehen wir u.a. von unseren Ergebnissen in der Vergleichsstudie aus:

- a) In der Varianzanalyse hat sich herausgestellt, dass die 25 Items nicht zwischen den verschiedenen Indikationen zu trennen vermögen. Wir betrachten dies als Hinweis, dass bei der Wahl zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren

die in der Skala erfassten Patienten und Therapeutenvariablen nicht die entscheidenden sind, sondern andere Variablen, nach denen wir in diesem Untersuchungsteil systematisch suchen wollen.

- b) Wie in der Original- und der Validierungsstudie von Blaser hat sich auch in unserer Untersuchung gezeigt, dass affektive Komponenten bei der Indikationsstellung eine grosse Rolle spielen: als wichtigster Faktor in der Faktorenanalyse fanden wir einen Sympathiefaktor.

"Sympathie" ist eine sehr globale Beschreibung für die eigenen Gefühle dem Patienten gegenüber. Wir können darunter z.B. verstehen: "Der Patient ist einem angenehm, er ist interessant, sieht hübsch aus, motiviert, ihn kennenzulernen, er erinnert an eigene, angenehme Erfahrungen, löst wenig eigene Konflikte aus, etc."

Wir möchten im folgenden versuchen, diesen Sympathiefaktor zu differenzieren. Wir haben z.B. die Vermutung, dass der Sympathiefaktor auch damit zusammenhängen könnte, inwieweit es einem als Kliniker gelingt, mit den eigenen Konflikten bei der Indikationsstellung umzugehen. Mobilisiert ein Patient Gefühle der Ratlosigkeit beim Indikationsstellenden, z.B. durch eine vielschichtige, nicht eindeutig auf den Begriff zu bringende Problematik (wie z.B. unsere vorgeführte Patientin, vgl.p.42), so wird der Kliniker mit seinem mangelnden Wissen über die Diagnose und die Indikation bei solchen Fällen konfrontiert. Nun wird es entscheidend sein, wie der Kliniker mit dieser Konfliktsituation umgeht: Erkennt er sie als ein generelles Problem, u.a. bedingt durch den momentanen Wissensstand in der Indikationsforschung, kann er sich dazu äussern, wird u.U. diese Erkenntnisse als "Aha-Erlebnisse", also als lustvoll empfinden und vielleicht diesen Affektzustand mit dem Patienten verbinden: er ist ihm sympathisch.

Werden aber die Konflikte auf die eigene Inkompetenz zurückgeführt oder gar nicht erkannt, sondern nur diffus gespürt, löst dies unangenehme Affekte beim Kliniker aus: seine negativen Gefühle können sich auch auf den Patienten richten: er ist ihm unsympathisch. Diese Aussagen haben natürlich hypothetischen Charakter, doch interessiert es uns, in diesem Kapitel näheres zu erfahren über die affektiven und kognitiven Faktoren, die in dem "Sympathiefaktor" enthalten sind. Dazu gehört auch die weitere Beobachtung aus der Vergleichsstudie, dass sich in unserer Beurteilergruppe die Kliniker mehr auf die gesunden Anteile der Patientin ausrichtet als auf die psychopathologischen Befunde. Was dies im einzelnen bedeuten könnte, soll weiter beleuchtet werden.

- c) Wir haben in den Itemeinschätzungen eine grosse individuelle Streuung gefunden, die z.B. dazu führte, dass sich die Einschätzungen zwischen den verschiedenen Beurteilergruppen nicht signifikant unterscheiden. Als Gegensatz dazu finden wir eine erstaunlich homogene Indikationsstellung (69 von 85 Beurteilern indizieren ein analytisches Verfahren). Es scheinen also auch bei der Indikationsstellung "viele Wege nach Rom zu führen". Wir möchten dieser Beobachtung weiter nachgehen und nach individuellen und ev. gruppenspezifischen Problemlösungsstilen bei der Indikationsstellung suchen und diese differenziert beschreiben.
- d) Die Beurteiler wählen hoch signifikant häufiger das von ihnen selbst bevorzugte therapeutische Verfahren, als ein anderes. Wir interpretieren dies als einen Hinweis auf die Relevanz eigener Identifikationen für den Urteilsprozess und möchten diese Vermutung weiter untersuchen.

- e) Bei 54 % der Beurteiler steht die endgültige Indikation schon nach 8 Minuten fest. Wie dieser erste Eindruck zustande kommt, soll näher thematisiert werden.
- f) Eine der Hauptaussagen von Blaser ist, dass sich der Kliniker in seinem Urteilsprozess nur auf einige wenige Variablen stützt. Wir fragen uns, ob dies nicht ein Produkt seines faktorenanalytischen Vorgehens ist und wollen dazu mit einem anderen methodischen Instrumentarium Beobachtungen sammeln.

Durch die offene Datenerfassung mit den Methoden des "lauten Denkens" und den Gesprächen mit den Beurteilern liegt ein breites sprachliches Material (170 Denkprotokolle und Gespräche) vor, in dem wir nach Indikatoren für die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung suchen. Wir gehen dabei theoriegeleitet vor, d.h. wir entwickeln zuerst ein theoretisches Gerüst, das uns helfen soll, die Phänomene in den Denkprotokollen zu erkennen und zu interpretieren. Die eben erwähnten Fragen (a-f) wurden bei der Wahl der herbeigezogenen Theorien berücksichtigt: Wie einleitend erwähnt (1.2) entwickeln wir unser eigenes Modell anhand zweier moderner Modelle der Künstlichen Intelligenzforschung, dem von Clippinger und dem von Pauker et al.. Bei diesen Modellen war für uns entscheidend, dass sie sich eignen, komplexe interagierende und konfliktive kognitive Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse darzustellen. Zudem wird dem Einfluss von Umweltfaktoren auf das Denken darin Rechnung getragen.

Anhand unserer Theorie des klinischen Urteilsprozesses suchen wir nach persönlichkeits-, schulungs- und settingspezifischen Problemlösungsstilen in den Denkprotokollen, die wir darstellen, diskutieren und als verschiedene Möglichkeiten des Denkens bei der Indikationsstellung interpretieren.

Wir gliedern diesen Untersuchungsteil folgendermassen :

In einem einführenden Kapitel wird zuerst kurz begründet, warum wir eine der klassischen Methoden der Massenkommunikationsforschung hier beiziehen und welchen Stellenwert die Inhaltsanalyse in der gesamten Untersuchung einnimmt (6.1). Darauf wird in einem weitem vorbereitenden Kapitel für die eigentliche theoriegeleitete Inhaltsanalyse (6.3) beschrieben, wie wir mit Hilfe einer lexikalischen Textanalyse unser Datenmaterial strukturieren (6.2). Im zentralen Kapitel (6.3) differenzieren wir zuerst unsere anfängliche Fragestellung aufgrund der bisher gewonnenen Einsichten in die Denkprozesse bei der Indikationsstellung (6.3.1). Darauf schildern wir ausführlich die beiden Computersimulationsmodelle , jenes von Clippinger (6.3.2.1), jenes von Pauker et al (6.3.2.2) und unser eigenes Modell (6.3.2.3). Unter 6.3.4 beschreiben wir das praktische Vorgehen und unter 6.3.5 die Ergebnisse dieses Untersuchungsteils.

6.1

INHALTSANALYTISCHE AUSWERTUNG IM RAHMEN UNSERER UNTERSUCHUNG

"Aussagenanalysen (= Inhaltsanalysen, M.L.) sind operationale Anweisungen, die in der Massenkommunikationsforschung bei der Hypothesenprüfung eingesetzt werden, um auf einem möglichst hohen Messniveau und mit möglichst hoher Reliabilität und Validität die manifesten Aussageninhalte zu messen, die in den nominal definierten Variablen ausgewiesen sind." (Bessler, 1972, p.40).

Inhaltsanalysen gehören heute zu den häufigsten Methoden zur Untersuchung von gesprochener und geschriebener Sprache in den Sozialwissenschaften. Gute Uebersichten über ihre historische Entwicklung, verschiedene Arten und Spezifitäten von Inhaltsanalysen wie auch deren Anwendungen bei der Untersuchung unterschiedlicher Fragestellungen geben u.a. Holsti, von North, Zanovich und Zinnes (1963), Gerbner, Holsti, Krippendorff, Paisley und Stone (1969) sowie Lisch und Kris (1978).

In der psychologischen Forschung, besonders in der Psychotherapieforschung, erleben inhaltsanalytische Untersuchungen seit den Sechzigerjahren einen neuen Aufschwung. Eine umfassende Uebersicht dazu finden wir bei Marsden (1971), in der er seine erste von 1965 ergänzt. Meltzoff und Kornreich (1970) erwähnen in ihrer Zusammenstellung auch inhaltsanalytische Untersuchungen. Strupp und Bergins Bibliographie (1969) ist immer noch eine der breitesten. Sie diskutieren darin verschiedene Trends in der psychologischen, inhaltsanalytischen Forschung. Kiesler (1973) stellt detailliert und kritisch die hauptsächlichsten Systeme zur Erfassung psychotherapeutischer Prozesse vor.

Für unsere Fragestellung waren jene Untersuchungen besonders relevant, die sich inhaltlich mit ähnlichen Themen beschäftigen, z.B. mit der Untersuchung von Interviews (Kopplin, 1966, Harford, Blane und Chafez, 1976, Harway und Iker, 1969, Aberastury, 1972, Hilf, 1975 Brähler, 1976, Cichetti und Ornston, 1976). Sie zeigen z.B., dass unterschiedliche Sprachverhalten von Therapeuten, wie auch von

Therapeuten und Patienten erfolgreich inhaltsanalytisch untersucht werden können und aufschlussreiche Aussagen über spezifische Interaktionsmuster ermöglichen. Ebenfalls interessant war für uns, dass kognitive und affektive Prozesse in Psychotherapien verschiedentlich mit inhaltsanalytischen Methoden untersucht wurden (Allport, 1965 Anderson & Seitz, 1965, Auld & Dollard, 1966, Holzman, 1967, Dahl, 1972, Klein, 1976, Zakaras, 1977, u.a.). Z.B. beschäftigt sich eine Forschungsgruppe in Ulm (Thomä, Kächele, Grünzig, Mergenthaler u.a.) mit der Formalisierung der psychoanalytischen Konzepte Angst, Uebertragung und Arbeitsbeziehung, die sie anhand von Zeitstichproben aus psychoanalytischen Behandlungen inhaltsanalytisch untersuchen (Kächele, 1976, Grünzig, Holzschenk und Kächele, 1976, Grünzig, Kächele und Thomä, 1978, Grünzig und Kächele, 1978, Kächele, Grünzig und Mergenthaler, 1979, Speidel, 1979). In ihren Arbeiten fällt besonders auf, wie schwierig und problematisch die Operationalisierung komplexer psychologischer Konzepte auf der Ebene von Stichwörtern ist (vgl. 6.3.4). Inhaltlich beschäftigten uns besonders zwei Studien, die sich mit sehr ähnlichen Forschungsfragen wie wir auseinander setzten: Peer (1976) verwendete eine theoriegeleitete Inhaltsanalyse zur Untersuchung von Transkripten von 69 Psychotherapiesitzungen, die nach 5 Kategorien bezüglich affektiv-kognitiver Dissonanzen in der Patientenverbalisierung eingeschätzt wurden. Roistacher (1975) versuchte in einer umfangreichen Untersuchung den General Inquirer von Stone auf Protokolle einer Psychotherapie anzuwenden. Es war u.a. der Vergleich der Methoden dieser beiden Untersuchungen, der uns dazu bewog, in unserer Studie eine theoriegeleitete, computerunterstützte Inhaltsanalyse durchzuführen. Bei diesem Vorgehen ist entscheidend, dass, im Gegensatz zu andern Inhaltsanalysen, die Kategorien, in die sprachliche Phänomene eingeordnet werden, nicht rein empirisch oder pragmatisch entwickelt, sondern aus einer Theorie eruiert werden. In unserer Untersuchung haben wir zuerst ein theoretisches Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung (vgl. 6.3.2) entwickelt, um daraus Problemstellungen und Kategorien abzuleiten, in die sprachliche Indikatoren für spezifische kognitive Prozesse in den Denkprotokollen eingeordnet wurden.

Ritsert (1972) hat das methodische Vorgehen bei dieser Form der Inhaltsanalyse systematisiert. Wir benutzen diese Systematik im folgenden: Entscheidend für die Wahl dieser Methode waren ferner ihre Möglichkeit, latente Strukturen in Texten zu untersuchen, Prozessverläufe zu beschreiben, wie auch intentionale und kommunikative Sachverhalte in sprachlichen Produkten zu charakterisieren.

Indikatoren für latente kognitive Prozesse

Blaser (1977) setzte statistische Methoden ein, um latente, d.h. bestimmende Dimensionen "hinter" den Einschätzungen der Kliniker zu finden. Wir möchten versuchen, inhaltsanalytische Verfahren dazu zu benutzen, denn sie wurden u.a. dazu entwickelt, latente Strukturen in Texten zu untersuchen. Ein wesentlicher Teil unseres Datenmaterials besteht aus Texten, den Denkprotokollen, die wir erstellen liessen mit dem Ziel, aufgrund des "lauten Denkens" Hinweise auf wichtige kognitive Prozesse zu erhalten (vgl. 3.3.1).

Die Untersuchung sprachlicher Indikatoren für kognitive Prozesse verstehen wir nicht als *via regia*, ebensogut könnte man nach nonverbalen Hinweisen suchen (vgl. z.B. Ekman und Friesen, 1974, Krause, 1978, Scherer, 1975). Optimal wäre eine gleichzeitige Berücksichtigung verschiedener Kommunikationskanäle, wie es die Strukturalisten fordern. Solche Untersuchungen sind aber derart aufwendig (Schefflen, 1973, Blickensdorfer, Kündig, Mutter, Ruckstuhl, 1977), dass man sich der Ansicht Roistachers anschliessen kann, dass es zum jetzigen Zeitpunkt besser ist, sich vertieft mit einem einzigen Kommunikationskanal zu beschäftigen, statt oberflächlich mehrere zu berücksichtigen, besonders da nach Gottschalk und Gleser (1969) anzunehmen ist, dass nonverbale und verbale Kanäle z.T. redundante Information übermitteln.

Die Untersuchung latenter Inhalte von Texten stellt grosse methodische Probleme. Betrachten wir Untersuchungen, die inhaltsanalytische

Methoden im Bereiche der Psychotherapieforschung verwenden, wird das Dilemma deutlich, dass man im jetzigen Stand der Forschung auswählen muss, zwischen der Operationalisierung relativ einfacher psychologischer Konzepte (z.B. Grünzig, Kächele und Thoma, 1978), die man z.B. mit Hilfe von Wörterbüchern maschinell codieren lassen kann und der Verwendung von Experten als Rater für komplexe schwer operationalisierbare Fragestellungen.

Roistacher drückt die Hoffnung aus, dass die 3. Generation Forscher, die Inhaltsanalysen mit Hilfe des Computers durchführen, auf Ratings verzichten können und rein maschinelle (reliable) Auswertungsverfahren zur Verfügung haben. Trotz ihrer Skepsis an der Objektivität von Ratings kann sie selbst bei Teilfragestellungen nicht auf qualifizierte Rater verzichten (z.B. zur Beurteilung des Uebertragungsgeschehens in den untersuchten Therapiestunden).

Marsden (1971) tritt für eine Kombination von Coding (d.h. maschinelle Kategorisierung von Texten) und Rating (Einschätzung durch geschulte Personen) ein:

"There is no logical necessary reason, why classical studies (die sich mit Syntaktik und Semantik beschäftigen, M.L.) cannot use ratings at some stage, or why pragmatic studies (die den kommunikativen Aspekt von Texten mitberücksichtigen, M.L.) cannot incorporate coding." (p. 9).

Wir werden in unserer Untersuchung die Einschätzung komplexer Sachverhalte durch Rater dem maschinellen Codieren von Schlüsselworten (Indikatoren) gegenüberstellen (vgl. 6.3.4)

Betonung des Prozesscharakters der klinischen Urteilsbildung

In der Einleitung (1.1) wurde ausgeführt, dass das Dynamische der klinischen Urteilsbildung, der Entscheidungsprozess, im Zentrum unseres Interesses steht. Inhaltsanalysen sind fast vorwiegend Prozessuntersuchungen, d.h. werden bei Fragestellungen eingesetzt, die Veränderungen in der Zeit beinhalten. Wahrscheinlich hängt dies mit einem weiteren Vorteil inhaltsanalytischer Metho-

den zusammen, dass sie eine Datenerfassung in sogenannten natürlichen Situationen ermöglichen, d.h. eine breite Basis der Datenerfassung bieten, z.B. eine nachträgliche Auswahl bereits vorliegender sprachlicher Produkte (Therapieprotokolle aufgrund von Tonbandaufnahmen, Zeitungen etc.). Nicht wie bei Fragebogen, Einschätzungsskalen oder Tests wird schon bei der Datenaufnahme Information reduziert: die Datenreduktion erfolgt erst anschließend, gezielt je nach Fragestellung. Dies ermöglicht ein sogenannt sequentielles Forschen (Roistacher, a.a.O., p. 17), einen Forschungsprozess, der Teilergebnisse für das weitere Vorgehen mitberücksichtigen kann. Dieser dynamische Charakter der Methode mag dazu geführt haben, dass sie speziell für Prozessuntersuchungen verwendet wird. Natürlich kann man auch in Prozessuntersuchungen nicht darauf verzichten, nach Strukturen zu suchen, eigentlich eine paradoxe Situation. Roistacher meint dazu:

"It is ironic, that "content analysis" is a subset of "process" research: this is because process is discovered in patterns of content."(a.a.O., p. 22).

Intentionale und kommunikative Merkmale der Indikationsstellung

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Untersuchung ist die Beleuchtung der Wirkung der sogenannten "äusseren" Variablen auf den Entscheidungsprozess des Klinikers. Seine Intentionen (z.B. ob er einen "freien Therapieplatz" hat und den vor ihn sitzenden Patienten potentiell selbst in Therapie nehmen oder ob er ihn an einen Kollegen überweisen will oder sogar "möglichst rasch" abschieben will (Notfallarzt, vgl. p. 282 prägt wahrscheinlich seinen kognitiven Prozess wesentlich. Indikationsstellung wird zudem verstanden als kommunikativer Prozess zwischen Patient und Kliniker, aber auch zwischen Umwelt des Beteiligten (z.B. Ehepartner, Schicht, Rollenverständnis etc.) und Institution etc.

Inhaltsanalysen, mindestens jene, die Marsden (1971) als prag-
matisch bezeichnet, erwiesen sich in verschiedenen Untersuchungen
als geeignet, intentionale und kommunikative Sachverhalte in Tex-
ten zu erforschen.

Konkret verwenden wir die Inhaltsanalyse zu verschiedenen Zwecken:

- a) zur Strukturierung unseres Datenmaterials (6.2)
- b) zur theoriegeleiteten Untersuchung der Denkprotokolle (6.3).

Eine Uebersicht über die 170 Denkprotokolle zu gewinnen ist nicht
einfach. Die maschinelle Inhaltsanalyse ist eine oekonomische
Möglichkeit, das sprachliche Material zu gliedern und zu struk-
turieren (6.2). Die Strukturierung der Phänomene ermöglicht u.a.
ihre weitere theoriegeleitete Untersuchung (b).

Das Hauptinteresse liegt aber bei b. Wir wollen versuchen, zwei
der differenziertesten Modelle der neueren Kognitionspsychologie
auf den klinischen Urteilsprozess anzuwenden, da sie uns geeignet
scheinen, diesen Entscheidungsprozess in seiner ganzen Komplexi-
tät darzustellen und zu diskutieren.

6.2

STRUKTURIERUNG DES DATENMATERIALS MIT HILFE EINER LEXIKALISCHEN
TEXTANALYSE (KWI)

Die lexikalische Textanalyse ermöglichte uns, unser umfangreiches Datenmaterial nach verschiedenen Kriterien zu strukturieren und eine objektive Analyse über die darin vorhandenen sprachlichen Phänomene zu erhalten. Wir benutzten das "KWI", ein Computerprogramm, das Drewek bis 1979 an der Universität Zürich entwickelte. Es ist ein Mehrzweckprogramm zur lexikalischen Textanalyse (LDVLIB). Das Programm wurde in den letzten Jahren vorwiegend für linguistische Untersuchungen entwickelt, aber auch vereinzelt auf psychologische Fragestellungen angewendet.

Das Programm KWI besteht aus 5 aufrufbaren Haupt-Tasks:

INDEX Erstellung eines Index der Wortformen
FREQ Häufigkeitwörterbuch der Wortformen
KWIC (Schlüssel-)Wörter im Kontext, Konkordanzen
PARTICLES Statistik ausgesonderter Stichwörter
RESTART Wiederaufnahme einer Task nach geplanten(oder ungeplanten)
Programmabbrüchen

Daneben gibt es drei Subtasks :

VOC-EXTEND Vokabularselektion aus einem oder mehreren logisch
definierbaren Textteilen
KEYWORD-.IST Vokabularauswahl anhand einer beliebig langen Wortliste
VOC-GROWTH Erzeugung einer umfangreichen Statistik des Vokabularwachstums

Die vollständige Programmbeschreibung ist im Rechenzentrum der Universität Zürich zugänglich.

Für unsere Fragestellung erwiesen sich besonders die Erstellung des Wortformenindex (INDEX), die (Schlüssel-)wörter im Kontext (KWIC), die Vokabularselektion aus einem oder mehreren logisch definierbaren Textteile (VOC-EXTEND) und die KEYWORD-LIST als lohnend.

Da wir in unserem Rechenzentrum noch nicht über automatische Leser von Texten verfügen, mussten unsere Texte von Hand eingegeben werden, ein arbeitsintensives und kostspieliges Unterfangen. Wir fragten uns daher, ob wir unser gesamtes Material (168 Denkprotokolle) für die maschinelle Auswertung benutzen oder daraus eine Stichprobe entnehmen wollen. Wir mussten arbeitsökonomische und inhaltliche Gesichtspunkte gegeneinander abwägen. Kriterien für eine Reduktion ergaben sich aus inhaltlichen Überlegungen: wir wollten u.a. dem möglichen Einfluss von Ausbildung und der klinischen und institutionellen Erfahrung nachgehen. Diese Variablen waren sowohl zwischen den Beurteilergruppen beobachtbar, wie auch innerhalb gewisser einzelner Gruppen. So konnte die Studentengruppe (A) in Untergruppen aufgeteilt werden: solche Studenten, die sich mit der Verhaltensmodifikation, solche, die sich mit der klientenzentrierten Beratung identifizieren und solche, die sich in Bezug auf eine bestimmte psychotherapeutische Richtung noch nicht festgelegt haben. Bei den Analytikern (C) liessen sich folgende Gruppen unterscheiden

- a) eine Gruppe, die in der Privatpraxis,
- b) eine, die vorwiegend in Institutionen und
- c) eine, die sowohl privat wie auch in einer Institution gearbeitet hatten.

Bei den Psychiatern wählten wir nur eine homogene Gruppe aus von solchen Psychiatern, die - ohne analytische Ausbildung - ausschliesslich in der Psychiatrischen Klinik gearbeitet hatten. Aus diesen Überlegungen ergab sich folgende Auswahl der Denkprotokolle:

Gruppe A	Gruppe B	Gruppe C	Gruppe D
30 Denkprotokolle (15 Be)	8 Denkprotokolle	30 Denkprotokolle	20 Denkprotokolle
(VM/GT noch keine Identifikation)	(nur Psychiatrikerfahrung)		(unterschiedliche "Lebenserfahrung" und Vorwissen über Psychologie)

Wichtig waren für uns folgende Analysen und Uebersichten:

- a) Uebersicht über den Umfang der Denkprotokolle der einzelnen Beurteiler und der Beurteilergruppen (vgl. Anhang II)
- b) Berechnung des Expertenindex anhand des Wortformenindex (vgl. Anhang II)

Der Index der Wortformen (INDEX) bietet eine alphabetische Uebersicht über alle in einem Text vorkommenden Wörter. Diese Wörterliste erwies sich als hilfreich bei der Suche nach einzelnen, inhaltlich relevanten Stichwörtern (vgl. 6.3.5).

Z.B. konnten wir anhand der Wörterlisten der Denkprotokolle der einzelnen Beurteiler den von uns definierten Expertenindex berechnen. Dieser dient uns als Hinweis auf das "Expertenniveau", auf dem sich ein bestimmter Beurteiler in seinem "lauten Denken" bewegt. Er wird definiert als Verhältnis der verwendeten Fachbegriffe zum Umfang der beiden Denkprotokolle. Die Fachbegriffe wurden von zwei unabhängigen Ratern anhand der Wörterlisten aller Beurteiler zusammengestellt und anschliessend miteinander verglichen. Die Fachausdrücke, die allen Beurteilern in der Versuchsanleitung gegeben wurden, sind nicht in die Liste aufgenommen worden.

- c) Vokabularselektion: gemeinsamer und divergierender Wortschatz zwischen dem Interview und den Denkprotokollen (vgl. Anhang, II Tab. C)

Unseren Beurteilern stand es in ihrem "lauten Denken" frei, welche Themen, die im vorgeführten Interview zwischen der Patientin und dem Kliniker auftauchten, sie aufgreifen wollten und welche nicht. Die Art der Informationsselektion ist für die klinische Urteilsbildung entscheidend (vgl. 6.3.2).

Mit dem VOC-Extend haben wir die Möglichkeit, den gemeinsamen bzw. den divergierenden Wortschatz zwischen dem Text des Interviews und den Denkprotokollen eines Beurteilers herauszufinden.

Die Interpretation der "Schlüsselwörter im Kontext" und der anderen linguistischen Analysen (wie etwa der Analyse der Lesbarkeit der Texte) erwies sich als schwierig und wird deshalb nur in der Originalarbeit (Leuzinger, 1980) referiert.

THEORIEGELEITETE ANWENDUNG DER COMPUTERUNTERSTÜTZTEN
INHALTSANALYSE

Vorbemerkung

Angeregt durch die Modelle von Clippinger (1977) und Pauker et al. (1976) entwickeln wir ein eigenes Modell der kognitiven Prozesse des Kliniklers bei der Indikationsstellung. Die Illustration und Diskussion dieser Theorie anhand der Denkprotokolle bildet das Kernstück unserer Arbeit. Anlehnend an Ritsert (1972) verwenden wir dazu inhaltsanalytische Methoden und orientieren uns im folgenden an seiner Systematik bei der Durchführung einer theoriegeleiteten Inhaltsanalyse. Auf unser Erkenntnisinteresse und die sich daraus ergebenden Fragestellungen werden wir nur kurz eingehen (6.3.1), da in der Einleitung schon wesentliches darüber ausgesagt wurde (1.). Umso ausführlicher widmen wir uns der Explikation des theoretischen Rahmens (6.3.2), da sie die Grundlage zum Verständnis unseres Vorgehens ist. Wir stellen detailliert die beiden Simulationsmodelle dar (6.3.2.1 und 6.3.2.2), da wir uns in unserer eigenen Modellentwicklung auf sie beziehen.

Die Darstellung vorliegender empirischer Befunde (6.3.3) fällt bei uns knapp aus, da es u.W. keine Inhaltsanalysen gibt, die analogen Fragestellungen wie unsere bearbeiten und die wir als Vorarbeiten benutzen könnten. Die Durchführung der Analyse (6.3.4) weicht in einzelnen Teilschritten von der Systematik von Ritsert ab, da diese spezifischen Anforderungen unserer Fragestellung angepasst wurden. Schliesslich werden die Ergebnisse dargestellt, interpretiert (6.3.5) und zusammengefasst (6.3.6).

6.3.1

Differenzierung der Fragestellung

Das vermehrte Problembewusstsein für die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung, das wir u.a. dank eines zusätzlichen Literaturstudiums ausgehend von den empirischen Befunden unserer Vergleichsstudie gewonnen haben, erlaubt uns eine Differenzierung unserer allgemeinen Fragestellung (vgl. 2.).

Hauptaussagen unserer Vergleichsstudie sind u.a., dass der Urteilsprozess des Klinikers bei der Indikationsstellung wesentlich von kognitiven und affektiven Faktoren bestimmt wird, z.B. von seiner Sympathie, die er für den betreffenden Patienten aufbringt. Weiter ist seine Entscheidung für ein bestimmtes Therapieverfahren abhängig von seiner eigenen Präferenz für diese Methode. Wir stellen diese Befunde in Zusammenhang mit folgenden Beobachtungen: wie einleitend erwähnt (vgl. 1.1.) verfügen wir über keine übergreifende Theorie der Indikationsstellung, die uns ermöglichen würde, aufgrund von empirisch abgesichertem Wissen zu entscheiden, welche psychotherapeutischen Verfahren bei welchen Patienten mit welcher Störung zu welchem Erfolg führt. Wir können uns lediglich an schuleninternem Wissen orientieren (z.B. psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen), das aber nur eine Binnendifferenzierung zwischen therapeutischen Techniken innerhalb eines bestimmten Therapie-theoriemodells erlaubt und nicht eine Indikationsstellung im eigentlichen Sinne, nämlich eine Wahl zwischen Verfahren unterschiedlicher Therapietheorien. Wir postulieren deshalb, dass wir den klinischen Urteilsprozess als Konfliktsituation des Klinikers charakterisieren können: die Aufgabe der Indikationsstellung ist konfliktiv für ihn: er ist gezwungen, Entscheidungen zu fällen, ohne eine verlässliche Entscheidungsgrundlage bzw. eindeutige Entscheidungskriterien dafür zur Verfügung zu haben. Seine kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung sind wesentlich durch diese Konfliktsituation bzw. seinen Umgang mit den ausgelösten Konflikten geprägt. Wir stellen uns

deshalb folgende Fragen:

- Gibt es für den Kliniker unterschiedliche Konfliktlösungsstrategien bei der Indikationsstellung ?
- Entsprechen diese charakteristischen kognitiven Verläufen ?
- Wie wirken sie sich aus:
 - a) auf den Kliniker selbst (z.B. seine Selbstsicherheit bei der Indikationsstellung, seinen Umgang mit der Erwartungshaltung des Klienten, eine "wissenschaftlich abgestützte" Indikationsstellung zu erhalten, seiner Stellung innerhalb einer Institution etc.).
 - b) auf den Patienten (wie kann man beim jetzigen Wissensstand zur Indikation am besten auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen ? Wann kann er sich am ehesten auf eine Indikationsstellung verlassen ? etc.)
 - c) auf die "Güte" der Indikationsstellung (wenn es schon keine "objektiven" Kriterien für die Richtigkeit der Indikationsstellung gibt, finden wir mehr oder weniger adäquate Problemlösungsstrategien, die eine "bessere" bzw. "schlechtere" Indikationsstellung ermöglichen ?).
- Gibt es charakteristische Konfliktsituationen bzw. Konfliktlösungsstrategien bei Klinikern, die in unterschiedlichen Settings arbeiten ?

(Es ist anzunehmen, dass die Aufgabe der Indikationsstellung zu unterschiedlichen Konflikten führt, wenn man sie im Rahmen einer Psychiatrischen Klinik oder einer Privatpraxis oder einer Beratungsstelle mit vielen Ueberweisungsmöglichkeiten zu erfüllen hat etc.)
- Finden wir charakteristische Konfliktlösungsstrategien bei Klinikern unterschiedlicher theoretischer Herkunft (Psychoanalytiker, Verhaltenstherapeuten etc.) ? Führt die Schulung in einem bestimmten Therapieverfahren zur Präferenz bestimmter

kognitiver Prozesse ?

Die beiden letzten Fragen berühren den gesellschaftlichen Rahmen und seinen Einfluss auf die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung. Wir können in einer psychologischen Untersuchung diese wichtigen Variablen nur am Rande berücksichtigen, möchten aber nicht darauf verzichten, sie in ihrer Wirkung auf die kognitiven Prozesse des einzelnen Kliniklers zu verfolgen. Deshalb einige kurze Bemerkungen zu der wissenschaftshistorischen Situation der Indikationsforschung und deren Bedeutung für den Indikationsstellenden. Eine weiterführende Erklärung dafür erhalten wir z.B., wenn wir die wissenschaftshistorische Analyse von Kuhn (1976) auf dieses Forschungsgebiet übertragen.

P. Arweiler hat in seiner Arbeit: "Die Entwicklung der Psychoanalyse und der Verhaltensmodifikation: eine Paradigmakontroverse" (1978) die Kuhn'sche Analyse auf diese beiden Psychotherapietheorien angewendet. Uns scheint es einleuchtend, dass nicht nur diese beiden Schulen, sondern die Psychotherapietheorien im allgemeinen heute, historisch gesehen, sich in einer Phase der Paradigmakonkurrenz befinden. Mehrere Theorien psychischer Störungen, ihrer Genese ihrer Phänomenologie und der Möglichkeit der Behandlung etc. existieren nebeneinander und vertreten ihr eigenes "Paradigma."

Wichtig für unsere Fragestellung ist die Situation des einzelnen Kliniklers in dieser wissenschaftshistorischen Phase: Nach der Theorie von Kuhn muss er sich einer bestimmten Forschergemeinschaft anschliessen, also z.B. Psychoanalytiker oder Verhaltenstherapeut werden, um sich gesellschaftlich (aber auch vor innern Konflikten bedingt durch die Isolation etc.) zu schützen. Führt er nun Behandlungen innerhalb eines bestimmten theoretischen Rahmens durch, ist er u.E. relativ wenigen Konflikten ausgesetzt. Z.B. muss er sich nicht damit konfrontieren, dass er nur eines von verschiedenen Paradigmata vertritt:

er orientiert sich am Problemlösungsstil der ihn umgebenden Forschergemeinschaft und wendet z.B. entsprechendes Lehrbuchwissen auf seine Problemstellung an.

Bei der Indikationsstellung jedoch wird diese Position angetastet: in der Aufgabenstellung ist enthalten, dass zwischen verschiedenen Therapieverfahren zu wählen ist, also verschiedene, vorerst einmal gleichwertige Paradigmata nebeneinander existieren, zwischen denen im Hinblick auf die optimale Behandlung für einen bestimmten Patienten, ausgelesen werden muss. Da es kein Paradigma gibt, das von einem Metastandpunkt aus die Indikationsfrage eindeutig lösen könnte, wird der einzelne Kliniker konfrontiert z.B. mit seinem mangelnden Wissensstand, der vorwiegend aus Erkenntnissen seiner eigenen "Schule" besteht. Er wird ebenfalls konfrontiert mit der Tatsache, dass es noch andere Paradigma als sein gewähltes gibt und dass er Stellung beziehen muss zu der Reliabilität, Objektivität und Validität seines Wissens zur Indikation, bzw. des Wissens seiner bestimmten Schule. Die Indikationsfrage löst folglich wahrscheinlich Konflikte im Kliniker aus, indem sie seine sonst übliche Konfliktlösungsstrategie in der historischen Situation der Paradigmakonkurrenz (Identifikation mit einer bestimmten therapeutischen Richtung etc.) prinzipiell in Frage stellt.

Die Analyse und Darstellung verschiedener Verläufe der kognitiven Prozesse in dieser Konfliktsituation ist im folgenden unsere Zielsetzung.

6.3.2 Modelle kognitiver Prozesse

6.3.2.1 Clippinger: Ein Computermodell des psychoanalytischen Dialogs, 1977

Vorbemerkung:

R. Pfeifer entwickelt in seiner Dissertation: "Formalisierung in der Psychologie mit Hilfe von Computersimulation unter besonderer Berücksichtigung der "Künstlichen Intelligenz"-Forschung" (1979) einen Begriffsrahmen, der es erstmals erlaubt, die verschiedenen Modelle, die in diesem Forschungszweig entwickelt wurden, kritisch miteinander zu vergleichen. Zu dem Modell von H. Clippinger schreibt er:

"Das Modell (d.h. Clippingers.M.L.) des analytischen Dialogs gehört zu den interessantesten im Bereich der klinisch-psychologischen Modellbildung. Es weist einen Komplexitätsgrad auf, der - zumindest ansatzweise - der Komplexität der klinischen Phänomene (wenn auch nur einem Teil davon) gerecht werden dürfte ..." (Pfeifer, 1979, p.49).

Wie unter 3.1 diskutiert, versprechen diese neueren theoretischen Ansätze der Künstlichen Intelligenzforschung (KIF) den komplexen kognitiven Prozessen des Kliniklers eher gerecht zu werden als lineare Modelle wie die erwähnten von Warr und Knapper, Kaminski u.a.

Clippinger versucht in einem ersten Schritt der Theoriebildung des psychoanalytischen Dialogs eine kurze Episode aus einer Psychoanalyse nachzugenerieren.* Seine Zielsetzung geht aber über die Beschreibung des psychoanalytischen Dialogs hinaus:

"The purpose of this book, then, is to provide a preliminary but explicite framework whereby cognitive structures and processes can be studied and modelled from speech behavior. Although the data used for the modelling effort were taken from psychoanalytic episodes and the focus of the model building effort is upon a single patient, the theory and the method presented here are intended to have a generality beyond the clinical setting".(Clippinger,a.a.O.p.xii)

*Der Text der Patientenäußerung während einer psychoanalytischen Sitzung, den Clippinger simuliert, beginnt so:

"You know, for some reason, I, uh, just thought about, uh, about the bill and about the payment again. That (pause 2 seconds), that, uh, (pause 4 seconds) I was, uh, thinking that I - of asking you whether it wouldn't be all right for you (pause 2 seconds) you know, not to give me a bill..." (a.a.O.p.29)

Clippinger will nicht alle möglichen kognitiven Mechanismen eines Individuums vollständig aufzeichnen, die es brauchen mag, um ein bestimmtes Problem zu lösen und im Gespräch auszudrücken. Vielmehr soll versucht werden, die evidenten Kognitionen zu re-präsentieren, die ein Patient braucht, um eine komplexe Gesprächssituation innerhalb des psychoanalytischen Settings zu gestalten:

"Since there was no direct means of inferring the patient's cognition, the modelling is based upon what I think she (d.h. die Patientin, M.L.) might have thought. In this respect the perspective is like that of the psychiatrist who makes inference and deductions about the patients cognition based upon his or her discourse behavior. Despite the focus on a limited discourse situation of a single patient, my belief is that the general model does capture the basic mechanisms that any individual might use in the initiation, inhibition, formation, and the generation of discourse". (a.a.O., p. 53)

Die Analogie zu unserer Fragestellung ist evident.

Wir können hier keine detaillierte Darstellung*der theoretischen Ueberlegungen (Clippinger bezieht sich u.a. auf Piaget, Prigam und Freud) oder der computertechnischen Einzelheiten bieten. Der interessierte Leser sei auf die Originallektüre wie auch auf die erwähnte Publikation von R. Pfeifer (1979) verwiesen.

Als Illustration der Breite seiner Ueberlegungen, die uns motivieren, uns in unserer Theoriebildung an ihn anzulehnen, führen wir hier noch seine Anforderungen auf, die er an sein theoretisches Modell stellt:

1. Procedures for representing diverse motivational initiatives involved in discourse composition and production:

MOTIVATIONALER ASPEKT

2. Procedures for representing the knowledge base contained within discourse production

WISSENSASPEKT

*Schwierigkeiten ergeben sich bei der Uebersetzung der englischen Fachausdrücke. Beim ersten Gebrauch des übersetzten Begriffs wird der Originalausdruck in Klammer dahinter gesetzt. Eingedeutschte Ausdrücke werden grammatikalisch wie deutsche verwendet. Schwer übersetzbare englische Termini werden klein geschrieben und in englischer Schreibweise gebraucht.

3. Procedures for generating solutions to motivational initiatives for discourse generation

PROBLEMLÖSUNGSASPEKT ("discourse is a communicated solution to some cognitively posed problem")*

4. Procedures for choosing between alternative solutions

ENTSCHEIDUNGSASPEKT

5. Procedures for representing the audience of a discourse

KOMMUNIKATIVER ASPEKT

6. Procedures for representing the context of a discourse

KONTEXT - ASPEKT

7. Procedures for generating acceptable discourse that achieves the selected solution

FORMULIERUNGSASPEKT (a.a.O, p.6,7)

In diesen Anforderungen werden die theoretischen Grundannahmen des Modells deutlich. Für uns entscheidend sind folgende:

- a) Kognition und Sprache werden als teleologisch aufgefasst, d.h. sie sind immer auf eine Reaktion in der Umwelt des Subjekts ausgerichtet. Sie sind definiert als interaktiv und prozesshaft:

"By representing cognition as an interactive process, we avoid some limitations of static taxonomic conceptions of cognitive development." (a.a.O. p. 49)

- b) Die Konzeptrepräsentation ** ist flexibel und abhängig von der Funktionalität des Wissens, d.h. Wissen wird nicht wertneutral abgespeichert, sondern in Abhängigkeit von der Erfahrung, in der das betreffende Wissen angewendet wurde. Die Konzepte sind nicht hierarchisch oder taxonomisch geordnet, sondern funktional.

*Man beachte Clippingers spezifische Definition von Kommunikation (vgl. 1.2)

**Konzepte werden technisch definiert: "A concept of an entity or process is simply everything that can be accessed under the atom or list standing for that item or data". (a.a.O., p. 38)

- c) Kognitive Prozesse werden als interaktive Vorgänge zwischen verschiedenen Kontexten definiert. Kontexte können verstanden werden als kognitive Operationszentren, die sogenannte interrupt-Programme* enthalten, welche auf bestimmte Schlüsselreize in Aktion treten und die Gesichtspunkte des betreffenden Kontextes (z.B. ethische oder strategische, etc.) "vertreten". Dadurch ist es möglich, kognitive Prozesse darzustellen, als das Produkt konfliktiver Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Kontexten mit verschiedenen Zielsetzungen (eben z.B. ethische versus strategische).

"Contexts,... are layered tree structures containing datums and interrupts. They can be thought of as representing the state of a "microworld" which may be altered through the removal or addition of datums and their properties. Since it is possible to have several microworlds treat similar concepts differently, each may have its own "belief" about the validity of a conceptual proposition. The psychological implication of modelling cognition in terms on "consciousness" and cognition in general is differentiated into special processing domains, some of which are only partially accessible to others". (a.a.O., p. 152).

Diese "Mikrowelten" sind voneinander abgetrennte und teilweise voneinander unabhängige Funktionseinheiten, die miteinander interagieren. Diese Fähigkeit des Modells, konfliktive Prozesse darzustellen, hat uns im Hinblick auf die Erklärung des klinischen Urteilsprozesses angesprochen (vgl. 5.2)

"Similarly, in our own experience of the cognition of ourselves and others, contexts seem to make sense. How often have we noticed another person, or for that matter ourselves, taking very different points of view on the same subjects in a very short period of time. The fortunate fact is that we are multiple as our microworlds and that these microworlds pop into place whenever their special abilities are called for. Never mind consistency across cases, as the mind that can effectively change from one context to another according to need is far more adaptive than the one confined to a single consistent domain. (a.a.O. p. 153).

Wichtig ist für uns weiter, dass die kognitiven Prozesse sowohl bewusst wie unbewusst, nach den gleichen Prinzipien, ablaufen können.

*Definition: vgl. d)

- d) Die Konzeption der sogenannten "Multi-Bodies-Interrupts" (MBI) erlaubt die Darstellung komplexer, interaktiver kognitiver Prozesse.

"MBI's are programs which are entered and removed from contexts and which are not called by another program aware of its presence, but which interrupt processing when particular data patterns are detected." (a.a.O., p.155).

Es sind Programme, die durch bestimmte Muster in der Information aktiv werden, und zwar können durch das gleiche Informationsmuster verschiedene interrupt-Programme aus verschiedenen Kontexten gleichzeitig wirksam werden:

"The effect of using MBI's and contexts is to create a system which has a highly accessible, modular control structure. Taken as models of cognitive processing, MBI's present a model of cognitive processing that is highly decentralized, interactive, and specialized... Hence, a single cognitive system can entertain and believe in many different worlds, some of which are contradictory". (a.a.O., p. 155).

Wie funktioniert nun das Modell ?

Das Modell lässt sich in zwei funktionale Komponenten zerlegen (vgl. Pfeifer a.a.O., p.51). Einerseits im Sinne einer logisch-konsekutiven Abfolge (vgl. p. 120). Der Ablauf darf allerdings nicht als linear verstanden werden, obwohl die einzelnen Stadien: Motivation, Planung, Formation, Realisierung und Evaluation, durchlaufen werden müssen. An jeder Stelle innerhalb des Prozesses können nämlich Schwierigkeiten auftauchen, die sogenannte interrupts erzeugen, d.h. es tauchen Muster im Informationsablauf auf, die interrupt-Programme in bestimmten Kontexten mobilisieren. Z.B. können Ueberlegungen zur Realisierung einer bestimmten Gesprächssequenz durch evaluative Ueberlegungen (wie: "ist für den Empfänger der Gesprächssequenz unzulässig") gestört werden.

Ein Beispiel aus einem Denkprotokoll soll dies illustrieren:

"...Ich glaub' nun doch, dass ich die Patientin in eine Analyse schicken, d.h., äh, zuerst müsste ich natürlich noch wissen, wie

sich der Ehemann dazu stellt, vielleicht hat der von Psychotherapie keine Ahnung, doch das ist wieder ein Problem für sich, aber trotzdem, eine gewisse Tragfähigkeit müsste der schon haben, wenn die Patientin von einer Analyse profitieren soll, oder wir rechnen zum vornherein mit einem Scheitern der Ehe.." *
(Denkprotokoll 17, Be 9, Gruppe: Analytiker),

Dieser konflikthafte Aspekt wird durch die zweite Dimension des Modells, die Zerlegung in funktionale Komponenten durch die Strukturierung in kognitive Kontexte deutlicher (vgl. Diagramm 11).

Die Überlegungen zur "Realisierung" der Indikationsstellung: "Analyse" werden durch einen Einfall (bei äh) zu möglichen Konsequenzen der Indikationsstellung auf die Ehe unterbrochen und zuerst einmal weiterverfolgt. Zum Stichwort "Ehemann", der in Psychotherapie nicht bewandert ist, fallen vermutlich wieder eine Reihe von Gesichtspunkten ein, die aber durch die Bemerkung "doch das ist wieder ein Problem für sich" vorerst zurückgestellt werden.

Wir sehen aus dieser kurzen Sequenz u.a., wie die verschiedenen Stadien des kognitiven Prozesses nicht zeitlich linear aufeinander folgen : ein Einfall zur REALISATION motiviert (MOTIVATION), neue Informationen einzuholen (PLANNING), die zu neuen Konzepten (FORMATION) (oder auch gleichzeitig zu einer neuen Frage (MOTIVATION!)) führen, die dann ausgedrückt werden. (REALISATION). Deutlich ist auch, dass die Einfälle, die den kognitiven Prozess unterbrechen (= interrupts) inhaltlich verschiedene Qualitäten haben (z.B. strategische "zuerst müsste ich natürlich noch wissen", ethische: "... der Ehemann müsste eine gewisse Tragfähigkeit haben, ... oder wir rechnen mit einem Scheitern der Ehe" etc.), die u.U. miteinander in Konflikt geraten können.

*Dem Leser wird auffallen, dass wir uns in unserem Beispiel nicht auf der gleichen Ebene wie Clippinger bewegen. Die sprachlichen Äusserungen, die er betrachtet, stammen aus einem analytischen Gespräch, unsere sind Denkprotokolle (vgl. dazu p.27)

Im folgenden wird zuerst die logisch-konsekutive Dimension (6.3.2.1.b) und anschliessend die kontextspezifische (6.3.2.1.c) dargestellt. Es entspricht der Komplexität des Modells, dass sich grosse Schwierigkeiten bei seiner Darstellung ergeben. Auch Clippinger selbst trennt die Schilderung der beiden Dimensionen. Wir übernehmen im folgenden seine Gliederung.

Diagramm 2: Logisch-Konsequente Darstellung des Modells

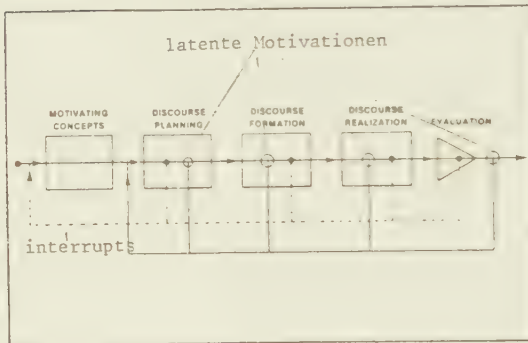


DIAGRAMM 3.20

(a.a.O.p.23)

Teilschritte bei der Generierung einer Äußerung in einem Gespräch.

Zerlegung in eine logisch-konsequente Abfolge.

Erklärungen zum Diagramm

a) Motivations-Konzepte (motivating concepts)

Ein Gespräch wird in Gang gesetzt durch das Auftauchen eines Problems, das durch das Gespräch gelöst werden soll. Innerhalb des Modells kann der kognitive Prozess initiiert werden durch ein eigenes Bedürfnis, oder als Antwort auf ein geäußertes oder angenommenes Bedürfnis eines andern. Folglich kann das Gespräch eröffnet werden durch eine Frage, eine Antwort, einen Befehl oder eine Äußerung. Darauf können weitere Gesprächssequenzen folgen: einmal durch ein Motivationskonzept initiiert, können durch das Gespräch selbst wieder Motivationen zu weiterem Gesprächsverhalten entstehen.

Im Diagramm sind zwei verschiedene Typen von Motivationen dargestellt: diejenigen, die aus der Liste der anfänglichen Motivationen entnommen werden und jene, die durch interrupts des Programmes entstehen, d.h. in jedem Stadium des Programms können interrupt-Programme in Kraft treten. Sie mögen ausgelöst werden, weil man sich z.B. durch irgendein Ereignis erinnert, dass man irgendetwas sagen bzw. nicht sagen wollte. Oder sie werden eingesetzt, um einen Gedanken oder eine Äusserung zu verhindern und dadurch eine gewünschte Aktion in Gang zu bringen.

Die unterbrochenen Linien im Diagramm repräsentieren das Auftreten von interrupts, die signalisieren, dass ein bestimmtes Motivationskonzept unrealisierbar ist und daher durch ein anderes ersetzt werden muss. Die zweite Art der Motivation ist durch die Kreise und die festausgezogenen Linien dargestellt. Wenn eine solche Motivation durch ein interrupt aktiviert wird, entsteht eine ganz spezifische Motivation und führt zum Einsetzen eines neuen Planungsprozesses. Solche Motivationen könnten als latent verfügbar charakterisiert werden, die auf bestimmte Signale hin wirksam werden können.

b) Planungs-Prozesse (Planning processes)

Planungsprozesse sind eine Gruppe von Programmen, deren Aufgabe es ist, zu einem durch das Motivationskonzept gestellten Problem eine akzeptable Lösung zu finden. Da das gesamte Programm auf einer interrupt-Basis beruht, ist es etwas künstlich, zwischen Planungsprozessen und Gesprächsinformationsprozessen zu differenzieren, denn diese beiden Instanzen arbeiten in vieler Hinsicht zusammen.

Ausser den Standard-Problemlösungsprogrammen enthalten die Planungsprozesse eine Anzahl von spezifischen (special-purpose) interrupt- Programmen. Solche Programme werden abgerufen beim Auftauchen von ganz spezifischen Problemmustern. Wenn solch ein Problemmuster erkannt wird, werden diese Programme aktiviert, die ganz spezifische Problemlösungsstrategien enthalten. Oft werden

solche Programme eingesetzt in Verbindung mit interrupt-Programmen, die Muster aufdecken, die entweder für den Sprecher oder den Hörer unannehmbar sind. In einem solchen Fall werden die Spezialprogramme abgerufen, um eine akzeptablere Lösung zu finden.

Der Planungsprozess ist im folgenden Diagramm abgebildet. Diejenigen Programme, die spezialisiert sind für bestimmte Problemlösungsstrategien und für die Zensur, sind in zwei separaten Kästen dargestellt.

Diagramm 3: Planungsformationsprozesse

GENERAL OVERVIEW OF THE MODEL

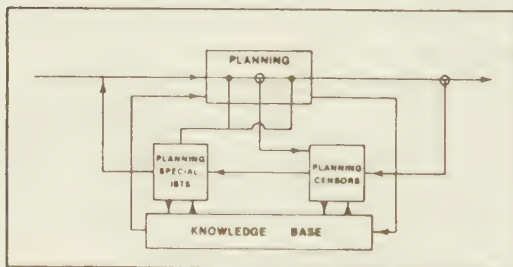


DIAGRAM 3.30

(a.a.O.p.25)

c) Databasis (Knowledge base)

In der Databasis ist das gesamte Wissen des Modells über sich und die Welt gespeichert. Zentral für dieses Modell scheint uns der Aufbau der Databasis:

"This knowledge is partitioned into various layers and is altered through the inclusion and removal of data items. For example, if a data item, x, is true only if another item has a particular pro-

perty, and this property is altered, then programs in the data base are fired to change the status of the data item, x. However, an alteration in one context does not necessarily imply the same alteration in another context. Consequently, the same item can be true in one context and false in another." (p. 24/25)

Die Kontextabhängigkeit von Wissen wird uns aus einem klinischen Interesse heraus noch beschäftigen.

Beim Abrufen von Konzepten zur Planung, zur Formation und Realisierung von Dialogkonzepten wird die Databasis laufend konsultiert und verändert. Einer der wesentlichen Vorteile der verwendeten Computersprache CONNIVER (vgl. Pfeifer, a.a.O., p.227) ist gerade diese Möglichkeit, dass die Databasis fortlaufend verändert werden kann und den neuen Informationen angepasst wird.

d) Gesprächsformationsprozess (Discourse Formation Process)

In enger Verbindung mit den Planungsprogrammen stehen eine Gruppe von Programmen, die die Lösungen der Planungsprogramme in eine Form transformieren, die im Gespräch ausgedrückt werden kann. Sie bestimmen den Effekt, den das Gespräch auf den Empfänger haben wird. Deshalb konsultieren sie die Databasis, ob die Information, die ausgedrückt werden soll, dem Empfänger bekannt ist, und falls dies zutrifft, bis zu welchem Grad und auf welche Art. Ausserdem wird der emotionale Inhalt der Information daraufhin geprüft, ob er dem Empfänger annehmbar sein wird, oder ihn eventuell verletzt, aus persönlichen oder soziokulturellen Gründen. Je nachdem wird die Mitteilung dann zurückgewiesen, modifiziert oder akzeptiert. Grob gesprochen bestehen die Formationsprogramme aus 3 Typen: solchen, die ein Planungskonzept (plan-concept (thought)) in ein Gesprächskonzept (discourse-concept (speech)) umsetzen, solchen, die das Gesprächskonzept auf seine Akzeptierbarkeit für den Hörer hin überprüfen (feedback thought) und solchen, die angeben, wie das Gesprächskonzept ausgedrückt werden soll (a.a.O., p. 26). Im folgenden Diagramm sind die 3 verschiedenen Typen dargestellt. Als eigentliche Formation taucht nur der erste Typ auf.

Diagramm 4: Gesprächsformationsprozesse

GENERAL OVERVIEW OF THE MODEL

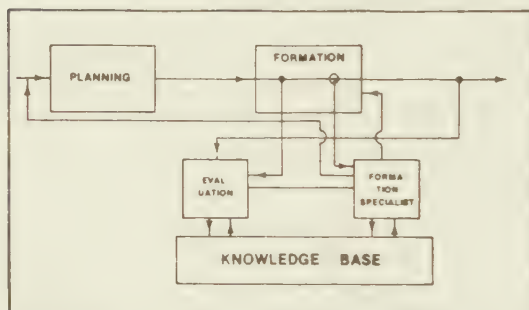


DIAGRAM 3.50

(a.e.O.p.27)

e) Gesprächsrealisierungs-Prozess (Discourse Realization Process)

Wenn die Gesprächsformationsprogramme grob umrissen haben, wie die Konzepte gestaltet und modifiziert werden sollen, versuchen die Realisationsprogramme die entsprechenden sprachlichen, syntaktischen und semantischen Mittel zu finden, um diese Konzepte sprachlich auszudrücken. Diese Programme verfügen über viel Information über die Transformation von Gedanken (2) in linguistisch akzeptable und kommunikativ effiziente Formulierungen. Wieder existieren auch hier spezifische interrupt-Programme, die zu mehreren Revisionen von einmal gefundenen Lösungen führen können. Anzeichen für solche Prozesse sind z.B. Füllwörter, wie "äh.., ich meine," etc., im Gespräch.

Das folgende Diagramm zeigt die Kommunikationsstruktur des Realisierungsprozesses.

Diagramm 5: Gesprächsrealisierungsprozesse

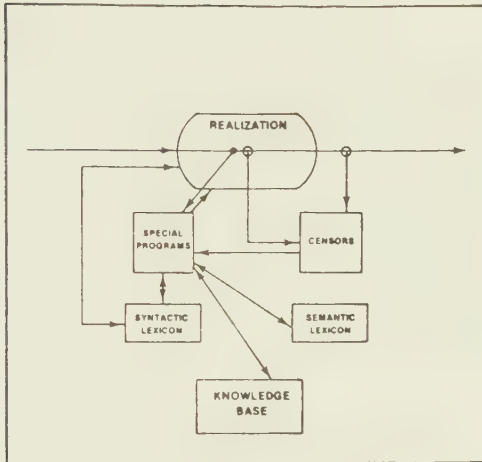


DIAGRAM 3.60

(a.a.O.p.28)

f) Evaluations-Prozess (Evaluation Process)

Während und nach dem Reden tendieren wir dazu, zu beurteilen, was wir gesagt haben. Besonders im klinischen Bereich (bei Patienten im psychoanalytischen Setting, wie sie Clippinger untersucht) sind solche evaluative Prozesse besonders wichtig. Wie aus dem nächsten Diagramm hervorgeht, hat dieses Modell die Möglichkeit zur Evaluation des Gesprächs, und zwar als Beurteilung einzelner Sequenzen. Da sie die Möglichkeit haben, den affektiven Teil des Gesprächs unmittelbar zu beeinträchtigen durch Interjektionen und Pausen, sind sie so eingezeichnet, dass sie den Strom des Gesprächs beeinflussen können. Sie können allerdings auch mit anderen Programmen zusammenarbeiten und neue korrigierte Prozesse und neue Gesprächsabläufe generieren. Ausserdem verfügen sie über spezifische interrupt-Programme.

Diagramm 6: Evaluationsprozesse

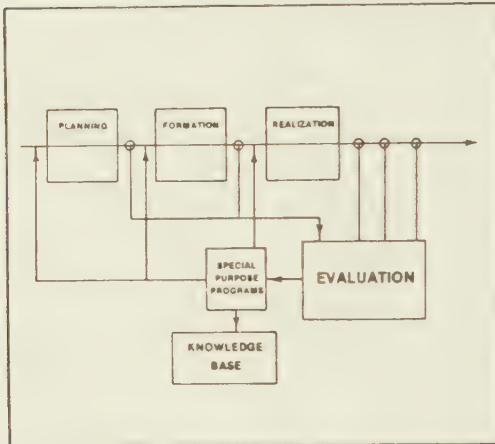


DIAGRAMM 3.70

(a.a.O.p.29)

Plastisch wird das Funktionieren des Modells durch die Beschreibung der zweiten Dimension, der Strukturierung in kognitive Kontexte (Kapitel 4.60).

Darstellung des Modells anhand der kognitiven Kontexte

Eine der Hauptthesen in Clippingers Modell ist die Annahme, dass Kognitionen nach Prozessmodulen organisiert sind, in der Terminologie von CONNIVER, in Kontexten. Jeder Kontext enthält interrupt-Programme, die ähnliche oder verwandte Operationen ausführen. Clippinger definiert 6 Kontexte: LEIBNITZ, REALIZATION, CALVIN, MACHIAVELLI, CICERO und FREUD.

Die Namen illustrieren die verschiedenen Funktionen, die diese Kontexte übernehmen. LEIBNITZ* enthält, analog seinem Namensgeber,

*Die Konzeption von LEIBNITZ wird in Clippingers Buch nicht genügend klar geschildert. Vermutlich ist er ein Teil des Langzeitgedächtnisses,

dem Universalgenie des 17. Jahrhunderts, Wissen aus allen Kontexten in sich gesammelt, das eine gewisse Allgemeingültigkeit hat.

REALIZATION steht für die Umsetzung von Denken in Handeln und umfasst so komplexe Funktionen, dass dieser Kontext von Clippinger separat beschrieben wird. Der kognitive Prozess kann mit Hilfe der Kontexte kurz folgendermassen beschrieben werden:

CALVIN entscheidet, was gesagt werden soll und ob ein bestimmtes Konzept gedacht oder ausgedrückt werden darf. Wenn ein Konzept die Bildung CALVIN's erhalten hat, wird es weitergeleitet zum MACHIAVELLI Kontext, genannt nach dem grossen Florentiner Strategen. Die Programme dieses Kontextes bestimmen, wie das, was CALVIN sagen will, in einer annehmbaren und geschickten Art und Weise formuliert werden kann. MACHIAVELLI versucht, Wege zu finden, Unakzeptables auszudrücken und oft, wenn er Alternativen sucht, entdeckt er andere Möglichkeiten, Konzepte auszudrücken (ev. auch andere Konzepte) und macht damit neue Lösungsvorschläge. Teil seiner Aufgaben ist auch, Konzepte auszusuchen, die für den sprachlichen Ausdruck geschaffen wurden, sie dann an CALVIN zurückzureichen, damit er sie nochmals beurteilt. Wenn er seine Genehmigung erhält, versucht er die definitive Formulierung für den Ausdruck des Konzeptes zu finden. Bei der Ueberprüfung der Sammlung möglicher Ausdrücke wird MACHIAVELLI vom CICERO-Kontext unterstützt, der als interface zwischen kognitiven und linguistischen Programmen fungiert. Der letzte Kontext, der durchlaufen wird, ist FREUD. Er überprüft, was gesagt wird und versucht zu entdecken, warum etwas gesagt wird. Diese Programme sind ein besonders wichtiger Bestandteil des Modells, denn sie spiegeln die selbstreflektive Kapazität, die notwendig ist, um menschliche Kommunikation adäquat zu simulieren.

Das folgende Diagramm ist eine Darstellung der Kommunikationsstruktur der kognitiven Prozesse. Die Pfeile bedeuten Kommunikationswege zwischen den verschiedenen Kontexten.

(Fortsetzung von p.126) der leichter abrufbar ist als andere Teile, weil er Wissen enthält, das so quasi zur Allgemeinbildung des Individuums gehört.

Diagramm 7: Kommunikationsstruktur der kognitiven Kontexte

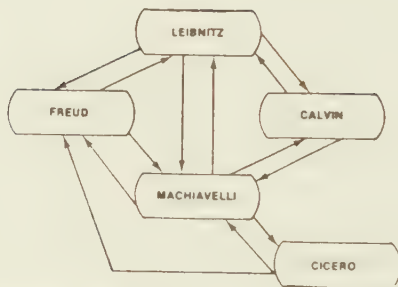


DIAGRAM 4.50

(a.a.O.p.54)

Da wir bei der Darstellung unseres eigenen Modells ausführlich auf die einzelnen Kontexte eingehen, verzichten wir an dieser Stelle auf eine weitere Schilderung und begnügen uns mit einer stichwortartigen Charakterisierung.

a) CALVIN

CALVIN ist, wie sein Name sagt, der oberste Zensor im System. Er beurteilt z.B., ob ein Gesprächskonzept sowohl dem Sender (in Clip-pingers Modell dem Patienten), wie auch dem Empfänger (Analytiker) genehm ist.

b) MACHIAVELLI

Hat CALVIN einen bestimmten Handlungsplan entworfen, der für beide Kommunikationspartner akzeptierbar sein könnte, versucht MACHIAVELLI allgemeine linguistische und thematische Mittel zu finden, um die Vorstellungen CALVINS zu realisieren. Während CALVIN zensiert und Inhalte manipuliert, strukturiert MACHIAVELLI den Inhalt im Hinblick auf passende Ausdrucksmöglichkeiten: er ordnet und strukturiert die Konzepte im Hinblick auf das Gespräch, kann aber auch Konzepte verändern und CALVINS Empfehlungen negieren.

c) CICERO

CICERO hat als Mittlungsinstanz zwischen Kognition und Realisierung die Aufgabe, den Realisationsprozess zu überschauen. Wie MACHIAVELLI überprüft er, wie die geplante Äußerung auf den Empfänger wirkt, aber im Gegensatz zu diesem, der vorwiegend von seinen eigenen Bedürfnissen ausgeht, bezieht CICERO vor allem die Wirkung auf den Empfänger mit ein. Man könnte von einem doppelten Bewusstsein sprechen. MACHIAVELLI überprüft die Gesprächsproduktion im Hinblick auf das, was er will und CICERO im Hinblick auf seine wahrscheinliche Wirkung auf den Empfänger.

d) FREUD

Eine Gruppe von Spezialprogrammen innerhalb des Kontextes FREUD repräsentieren die Introspektionsfähigkeit des Denkenden. Diese Programme sollen herausfinden, welche kognitiven Prozesse zu einem bestimmten Gesprächskonzept geführt haben. Der Prozess wird so lange durchgeführt, bis irgendeine "Erklärung" gefunden wird, die einem Kriterium genügt, das innerhalb des FREUD-Kontextes aufgestellt wird. Die Frage nach dem "Warum" ist unentscheidbar und muss daher auf ein internalisiertes Kriterium bezogen werden.

e) LEIBNITZ

Dieser Kontext enthält Wissen aus allen Kontexten, das eine gewisse Allgemeingültigkeit hat. Es kann leicht abgerufen werden und steht als spezifische Databasis den Programmen der verschiedenen Kontexten zur Verfügung.

Wichtig zum Verständnis des Modells ist, dass kognitive Prozesse 5 Kontexte (LEIBNITZ miteinberechnet) durchlaufen. Diese Kontexte sind organisiert nach der Prozessspezifität der in ihnen enthaltenen interrupt-Programme. Sie interagieren in vielfältiger Weise miteinander, sind aber voneinander abgetrennte Operationsbereiche. Kriterien dieser Bereiche können miteinander in Konflikt geraten und via interrupts inter-

venieren. Z.B. können interrupts des CALVIN-Kontextes introspektive Prozesse des FREUD-Kontextes ganz oder teilweise unterbrechen. So ist in der Modellvorstellung enthalten, dass kognitive Prozesse nicht linear ablaufen, sondern durch ein komplexes Interaktionsnetz (z.B. ethische versus strategische versus introspektive Ueberlegungen) zustande kommen.

6.3.2.2 Pauker, Gorry, Kassirer, Schwartz : Ein Computermodell
zum klinischen Entscheidungsprozess, 1976

Vorbemerkung^{*}

Wie Clippinger widmet sich auch die Forschungsgruppe Clinical Decision-Making Group an der Cambridge University, Massachusetts, psychologisch orientierten Simulationsmodellen (vgl. Pfeiffer, 1979). Sie beschäftigen sich mit den kognitiven Prozessen des Mediziners während der Indikationsstellung, einem ähnlichen Entscheidungsprozess, wie dem bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Ihr Modell eignet sich besonders, Fragen der Hypothesengenerierung und des Entscheidungsprozesses im engeren Sinne zu klären. Dass sie im Gegensatz zu anderen Modellen der medizinischen Diagnostik psychologische Gesichtspunkte miteinbeziehen, ist für uns ein weiterer Vorteil.

Wir greifen bei der Darstellung dieses Modells vor allem jene Ansätze heraus, die uns für eine Uebertragung des Modells auf einzelne Phasen des Urteilsprozesses wichtig erscheinen.

Interessant ist, dass auch diese Forschungsgruppe mit ähnlichen computertechnischen Mitteln arbeitet wie Clippinger. Sie verwendet ebenfalls die Computersprache CONNIVER und schliesst an die Fortschritte der "Künstlichen Intelligenz"-Forschung an.

"The advances in computer science that made this effort possible include "goal-directed" programming, pattern matching and a large associated memory, all of which are products of research in the field known as "artificial intelligence". (Pauker et al., 1976, p. 981).

*Wir schildern die Funktionsweise des Modells im folgenden relativ ausführlich, da wir bei der Beschreibung unseres eigenen Modells nicht mehr auf diese Ebene eingehen, sondern sie als bekannt voraussetzen.

Zielgeleitetes Programmieren, interrupt-Programme, die durch das Erkennen bestimmter Informationsmuster eingeschaltet werden und eine assoziative, bzw. kontextzentrierte Wissensspeicherung kennzeichnen ebenfalls das Clippinger'sche Modell (vgl. 6.3.2.2.)

Aehnlich ist auch seine Aussage, dass sich diese Modellbildungen der kognitiven Psychologie eignen, um auf komplexe Fragestellungen der klinischen Praxis angewendet zu werden.

"Some of these programs have been used to a limited extent in clinical practice, whereas others are prototypes which, although not yet of practical value, offer promise for the future." (a.a.O., p. 981/2).

Analog ist auch ihr praktisches Vorgehen bei der Entwicklung des Modells: ein iteratives Verfahren, bei dem man ausgeht von introspektiven Einsichten des Kliniklers über sein Problemlösungsverhalten (vgl. bei Clippinger, Zitatp.114), und direkten Beobachtungen darüber (soweit das überhaupt möglich ist), dann theoretische Reflektionen anstellt und schliesslich versucht, diese Aussagen auf dem Computer zu simulieren.

Ueberblick über das Modell

Das Modell besteht aus 4 Teilen, die im folgenden Diagramm schematisch dargestellt sind:

Diagramm 8: Übersicht über die Organisation der Computerprogramme

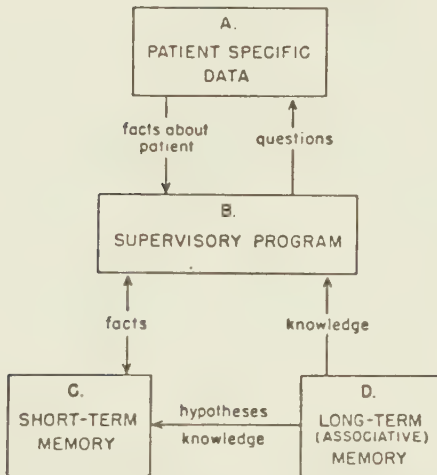


Figure 6. Overview of computer program organization. Clinical data (A) are presented to the supervisory program (B), which places them in short-term memory (C). The supervisory program, after consulting both short-term (C) and long-term memories (D), generates hypotheses and moves the information associated with these hypotheses from long-term to short-term memory. The supervisory program then asks for additional patient-specific data relevant to its hypotheses. At every stage, each hypothesis is evaluated (scored) by the program to determine whether it should be rejected, accepted or considered further.

(p. 987)

Erklärungen zum Diagramm

A. Patient Specific Data (Spezifische Patienteninformation)

Hier sind alle Informationen über den Patienten enthalten, die man entweder spontan oder durch Fragen erhält.

B. Supervisory Program (Supervisions-Programm) (SP)

Das prinzipielle Ziel des Supervisions-Programmes ist, eine kohärente Formulierung über den betreffenden Fall zu finden durch ein rasches Generieren und Testen von Hypothesen und durch Ausschluss von konkurrier-

rierenden Hypothesen. In dem vorhandenen Programm existieren zur Zeit ca. 300 mögliche Fragen und 150 verschiedene Konzepte, die das Programm für die Informationssammlung brauchen kann.

C. Short-Term Memory (Kurzzeitgedächtnis) (STM)

Das Kurzzeitgedächtnis ist der Ort, wo die Information über den spezifischen Patienten mit dem allgemeinen medizinischen Wissen, das im Langzeitgedächtnis (D) enthalten ist, in Verbindung gebracht wird. Das Supervisions-Programm bestimmt, welche Aspekte dieses allgemeinen Wissens ins Kurzzeitgedächtnis gelangen und wie dieses Wissen mit der spezifischen Patienteninformation verbunden wird, die betrachtet wird. Die Menge dieser Information ist variabel, je nach der Komplexität des Falles und der Anzahl der aufgestellten Hypothesen. In einem einfachen Fall mag das Kurzzeitgedächtnis nur zwei oder drei Hypothesen enthalten. In einem komplizierten Fall mag es sich um 5-10 Hypothesen handeln, die gleichzeitig gegeneinander abgewogen werden.

D. Das Associative (Long Term) Memory (Langzeitgedächtnis (LTM)

Das Langzeitgedächtnis besteht aus einer reichen Sammlung von Wissen, das in sogenannten frames organisiert ist, d.h. das Wissen ist nach Bereichen geordnet, die eng verwandte Informationen enthalten.

"Frames are centered around diseases (such as acute glomerulonephritis), clinical states (such as nephrotic syndrome) or physiological states (such as sodium retention). Within each frame is a rich knowledge structure which includes prototypical findings (signs, symptoms, laboratory data), the time course of given illness, and rules for judging how closely a given patient might "match" the disease or state which frame describes". (a.a.O., p. 987).

In der folgenden Abbildung illustrieren die Autoren, wie sie sich diese frames vorstellen: sie sind in einem komplexen Netzwerk miteinander verbunden. Die Verbindungen können verschiedener Art sein, wie "may be caused by" oder "may be complicated by".

Ausser dem Wissen über Krankheiten und die Physiologie enthält das LTM auch Wissen über die "real world", also Alltagswissen. Diese Information ist ebenfalls in frames zusammengefasst und assoziativ verbunden, je nach den möglichen Verknüpfungen, in denen solches Alltagswissen wichtig werden könnte.

Das bestehende Programm besteht aus 70 frames, die zu ungefähr 20 verschiedenen Krankheiten in Verbindung gebracht werden können. Zur Illustration sei ein solches frame aufgeführt. (Siehe folgende Seite).

Wie funktioniert das Programm (als Modell der kognitiven Prozesse)?

Im typischen Fall besteht der Prozess aus folgenden 5 Schritten:

1. Charakterisierung der Befunde (characterizing findings)
2. Suche nach Strategien des Vorgehens (seeking advice on how to proceed)
3. Hypothesen-Generierung (generating hypotheses).
4. Hypothesen testen (testing hypotheses).
5. Auswahl von Fragen (selecting questions)

1. Charakterisierung der Befunde

Nachdem die Informationen zur hauptsächlichen Beschwerde des Patienten erhalten worden sind, sucht das Supervisions-Programm im Langzeitgedächtnis nach jenen Programmen, die die Beschwerden des Patienten im Detail beschreiben könnten. Diese Programme folgen einem bestimmten Raster, um gewisse Strukturen in der Beschwerde durchsichtig zu machen, wie etwa die Lokalisation, der Schweregrad und die Dauer des Leidens. Das Programm verwendet im folgenden diese detaillierte Beschreibung, u.a. um die Anzahl der Hypothesen zu beschränken, die berücksichtigt werden.

2. Suche nach Strategien des Vorgehens

Eine der Hauptfähigkeiten des Programmes ist die Möglichkeit, einige wenige Strategien zu einem "over-all approach" zusammenzu-

Diagramm 13: Beispiel eines frames

<u>NAME:</u>	NEPHROTIC SYNDROME
<u>IS A TYPE OF:</u>	CLINICAL STATE
<u>FINDING:</u>	LOW SERUM ALBUMIN CONCENTRATION
<u>FINDING:</u>	HEAVY PROTEINURIA
<u>FINDING:</u>	>3GRAMS/24HRS PROTEINURIA
<u>FINDING:</u>	MASSIVE SYMMETRICAL EDEMA
<u>FINDING:</u>	EITHER FACIAL OR PERIORBITAL AND SYMMETRICAL EDEMA
<u>FINDING:</u>	HIGH SERUM CHOLESTEROL CONCENTRATION
<u>FINDING:</u>	URINE LIPIDS PRESENT
<u>MUST NOT HAVE:</u>	PROTEINURIA ABSENT
<u>IS SUFFICIENT:</u>	BOTH MASSIVE EDEMA AND >3GRAMS/24HRS PROTEINURIA
<u>MAJOR SCORING:</u>	
	SERUM ALBUMIN CONCENTRATION
	LOW 10
	HIGH -10
	PROTEINURIA
	>3GRAMS 24HRS 10
	HEAVY 05
	EITHER ABSENT OR LIGHT -10
	EDEMA
	MASSIVE AND SYMMETRICAL 10
	NOT MASSIVE BUT SYMMETRICAL 05
	ERYTHEMATOUS 02
	ASYMMETRICAL 03
	ABSENT -10
<u>MINOR SCORING:</u>	
	SERUM CHOLESTEROL CONCENTRATION:
	HIGH 10
	NOT HIGH 10
	URINE LIPIDS
	PRESENT 10
	ABSENT 05
<u>MAY BE CAUSED BY:</u>	
	ACUTE GLOMERULONEPHRITIS
	CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS
	NEPHROTIC DRUGS
	INSECT BITE
	IDIOPATHIC NEPHROTIC SYNDROME
	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS OR
	DIABETES MELLITUS
<u>MAY BE COMPLICATED BY:</u>	
	HYPOTENSION
	CELLULITIS
<u>MAY BE CAUSE OF:</u>	
	SODIUM RETENTION
<u>DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:</u>	
	IF NECK VEINS ELEVATED
	CONSIDER CONSTRUCTIVE PERICARDITIS
	IF ASCITES PRESENT
	CONSIDER CIRRHOSIS
	IF PULMONARY EMBOLI PRESENT
	CONSIDER RENAL VEIN THROMBOSIS

Figure 7. A typical "frame". Information about a disease, a physiologic state, etc., is stored in the form of a "frame" within the long-term memory. Included in the typical frame, as shown here for nephrotic syndrome, are descriptions of typical findings, numerical factors to be used in scoring, and links to other frames (e.g., "may-be-caused-by," "may-be-complicated-by"). There are also rules for excluding ("must-not-have") and satisfying ("is-sufficient") the fit of the frame to the case at hand. For further details, see text.

fassen, der auf den betreffenden Fall zugeschnitten ist. Dies geschieht z.B. durch

- a) einen Rat an das Supervisions-Programm, wie er die Anzahl der Hypothesen einschränken kann,
- b) durch einen Rat an das Supervisions-Programm aufgrund von Evaluationen der Validität der präsentierten Information (z.B. durch Ausschluss "unmöglicher Fakten").
- c) durch einen Rat an das Supervisions-Programm, auf welche Art der spezifische Patient ein bestimmtes Symptom missinterpretieren könnte (z.B. wird oft dunkler Urin vom Patienten als blutig charakterisiert).

3. Hypothesengenerierung

Wenn die Beschwerden charakterisiert worden sind, geht das Supervisions-Programm dazu über, Hypothesen zu generieren:

"Hypothesis generation consists of moving frames from long-term memory to short term memory where each frame plays a special role in guiding further exploration of patients problem." (a.a.O., p. 989)

Die weiteren Aussagen sind von derart zentraler Bedeutung für das Verständnis dieses Modells, dass sie vollumfänglich zitiert werden:

"Frames can exist in one of four states: dormant, semi-active, active and accepted. Initially, the short-term memory contains no frames; all frames are in the long-term memory and are said to be in the dormant (Text fettgedruckt) state. In this nascent condition however, some of the findings in the frames are associated with small, independent computer programs called daemons. A few of these daemons extend like tentacles from the frame into short-term memory (see Figure 9, "BEFORE"); these are primarily the daemons of those findings which are stringly suggestive of their associated frames. When the matching fact for a daemon is added to the short-term memory the entire frame attached to the daemon is pulled into short-term memory (see Fig. 9, "AFTER"). As pointed out, this process is synonymous with forming a hypotheses. Those frames that have entered short-term memory as hypotheses are called active."

Es gibt noch ein Zwischenstadium, das sogenannte semiaktive. Klinisch kann man sich diesen Zustand vorstellen, wenn man irgendeinen Gedanken "im Hinterkopf" hat. In der Modellvorstellung wird dies etwa folgendermassen ausgedrückt: Wird irgendein frame aktiviert, rücken frames, die in einem assoziativen Zusammenhang mit dem betreffenden frame stehen, ebenfalls in die Nähe des Kurzzeitgedächtnisses, ohne jedoch voll aktiv zu werden. Sie mögen den Entscheidungsprozess "halb bewusst" mitbestimmen und können leicht durch entsprechende Impulse voll aktiv werden.

4. Hypothesen testen

Die generierten Hypothesen werden danach evaluiert, bis zu welchem Grad sie eine einleuchtende Erklärung für den Zustand des Patienten geben können. Es müssen zwei Aspekte bei diesem Prozess berücksichtigt werden:

1. ob aufgrund der vorhandenen Information die Hypothese angenommen oder verworfen werden kann, oder ob noch weitere Information gesammelt werden muss.
2. Jede Hypothese wird danach beurteilt, bis zu welchem Grad sie alle Fakten des Falles berücksichtigen kann.

Das Problem der Evaluation von Hypothesen wird mit der folgenden Skizze dargestellt:

Diagramm 10: Schematische Darstellung des "pattern-matching"

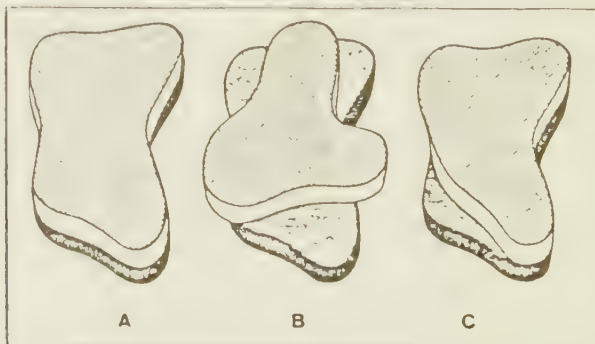


Figure 10. Schematic representation of pattern matching. Two wafers are shown in each instance, the lower one denoting the prototype being sought and the upper one denoting the case being tested. CASE A: an exact match. Every important feature of the prototype is found in the case and there are no features of the case which are not explained by the prototype. CASE B: there are features of the case which are not explained by the prototype. CASE C: there are features in the prototype which are not found in the case.

Um die Entscheidung zu fällen, ob für eine Beurteilung einer bestimmten Hypothese genügend Informationen vorhanden sind, existieren bestimmte Regeln, die die Relevanz bestimmter Informationen gewichten.

Wird eine Hypothese bestätigt, wird sie im folgenden im Kurzzeitgedächtnis behandelt, wie wenn sie eine Tatsache wäre und kann im weiteren kognitiven Prozess von daemons gefunden und verwendet werden, die zu anderen frames gehören. Allerdings kann solch eine Schlussfolgerung wieder aufgehoben oder relativiert werden, wenn durch weitere Informationen Widersprüche und Zweifel an der Richtigkeit der gefällten Entscheidung entstehen. Oft existieren natürlich keine eindeutigen Regeln, wonach Entscheidungen gefällt werden können, besonders in einem Bereich wie dem Medizinischen. (Und dem Psychologischen!) In diesen Fällen ist ein Schätzungsprozess nötig.

"This scoring process uses numerical values (contained in the frame which reflect the likelihood that various clinical findings will occur in the given disorder. Major feature are given more weight in the final scoring process than are Minor features." (a.a.O., p. 992)

Falls eine Hypothese den hinzukommenden Informationen über den Patienten nicht entspricht, wird sie vom Supervisions-Programm in einen semiaktiven Zustand versetzt.

5. Auswahl von Fragen

Wenn das Supervisions-Programm alle seine Hypothesen geordnet hat, versucht es neue Informationen zu erhalten, um sein Verständnis des klinischen Problems zu vervollständigen. Die Hypothese, die als wichtigste eingestuft wurde, wird zuerst exploriert und zwar in Richtung des klassischen Befundes. Jede Antwort auf eine Frage wird zur Re-evaluation aller Hypothesen benutzt. Bei neuen Informationen werden u.U. neue Hypothesen generiert, d.h. der Prozess beginnt von vorn.

Auf technische Details kann hier wieder nicht eingegangen werden.

Einige Gedanken zum Modell kognitiver Prozesse von Pauker et al.

Einige inhaltliche Bemerkungen der Autoren interessieren uns im Hinblick auf unsere Fragestellung. Sie weisen z.B. auf den Unterschied zwischen dem Experten in der Praxis und dem Experten hin, wie er idealisiert oft in der Literatur erscheint. In der idealisierten Version wird der Experte oft als raffinierter Dedektiv geschildert, der über eine enorme logische und deduktive Kapazität verfügt. Im Kontrast dazu scheint sich der reale Kliniker vielmehr aufs Schätzen zu verlassen, seine Anfangshypothese stützt sich meist auf sehr wenige Informationen.

"The rapidity with which the initial hypotheses are generated and the ostensibly fragile basis of the guessing process together constitute the most striking feature of the behavior of experienced clinicians. Often with only the age, sex and presenting complaint of the patient, the clinician unhesitatingly selects a single working hypothesis. Even in ambiguous situations, he rarely begins with more than a few hypotheses." (p. 995)

Diese Beobachtung entspricht jener, die Blaser bei seinen Beurteilern im psychiatrischen Bereich macht. Allerdings wird hier auf das Prozesshafte der Entscheidung hingewiesen: der Mediziner bemüht sich zwar, besonders der erfahrene, gleichzeitig nur wenige Hypothesen zu betrachten, hingegen kann eine widersprüchliche Information die bisherigen Hypothesen relativieren und plötzlich eine neue Menge von Hypothesen hervorrufen.

"We can understand the value of such a sharp focus when we consider that, in taking a present illness, the physician can gather only a small fraction of the potential set of facts concerning the patient and must therefore seek information very selectively. In consequence, he must find a context within which to properly focus his questioning and to organize the information that he obtains." (p. 995)

Im Gegensatz zu Blaser wird also diese Beobachtung nicht auf die mangelnde Kanalkapazität des Klinikers, also, polemisch gesagt, auf seine kognitive Beschränktheit zurückgeführt, sondern im Gegenteil als adäquate Strategie beim Vorgehen einer komplexen Problemlösung interpretiert. Die Autoren weisen darauf hin, dass gerade die erfahrenen Kliniker auf diese "intuitive", unsystematische Weise vorgehen: die anfängliche Hypothese, die auf wenig Informationen beruht, wird oft verworfen, da neue Informationen sie widerlegen,

aber sie ist assoziativ mit andern adäquateren Hypothesen verbunden, die den kognitiven Prozess weiterbeeinflussen. Der klinische Anfänger oder Student, dem dieses assoziative Netz fehlt, geht systematischer und methodisch "stringenter" vor.

"The seasoned clinician's expertise in taking a present illness thus appears to derive in considerable part from a complex set of associations and from a familiarity with many alternative scenarios within each of this "frames" (a.a.O., p. 995).

Diese Beobachtung wird uns in Kontext unserer Fragestellung noch beschäftigen.

6.3.2.3 Unser Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikation
psychotherapeutischer Verfahren

Vorbemerkung

Wie erwähnt sprach uns am Clippingerschen Ansatz seine Möglichkeit an, kognitive Prozesse in ihrer hohen Komplexität darzustellen und Konflikte zwischen einzelnen kognitiven Bereichen mitzubetrachten. Allerdings ist sein Modell auf das klinische Gespräch bezogen und eignet sich in einzelnen Punkten nicht besonders gut, Entscheidungsprozesse darzustellen. So ist in seinem Modell nicht differenziert enthalten, wie aus einer Menge von Input-Informationen eine Anzahl Informationen selektiert wird,^{*} die, z.B. im Sinne einer Anfangshypothese (oder eines durch Aussenreize entstandenen Wunsches, irgend etwas auszudrücken) den kognitiven Prozess in Gang bringt. Genau dies leistet das Modell von Pauker et al, stehen doch hier die Hypothesengenerierung und Überprüfung im Zentrum des Interesses. Diese Schwerpunktsetzung rührt davon her, da sich diese Autoren mit Entscheidungsprozessen des Mediziners während der Diagnosestellung und Indikation beschäftigen, also einer Fragestellung, die der unsern nahe steht.

Wir möchten im folgenden versuchen, diese beiden Modelle zu modifizieren und zu integrieren, damit sie auf den klinischen Urteilsprozess anwendbar werden. Wir haben dabei nicht den Anspruch, dass diese Modifikation sich eignen würde zur Computersimulation, sondern sie soll als theoretischer Ansatz dienen, der dem Kliniker nützlich sein kann, seinen eigenen Urteilsprozess transparenter zu machen. Das Modell soll uns auch befähigen, verschiedene Arten des Vorgehens bei der Indikationsstellung im Sinne einer Typisierung diskutieren zu können.

Wie Clippinger möchten wir nicht auf einen gewissen Komplexitätsgrad der Theorie kognitiver Prozesse verzichten. Dies bringt u.a. die praktische Schwierigkeit mit sich, nicht in einem einzigen Flussdiagramm eine Übersicht bieten zu können: wie er müssen wir das theoretische Modell zuerst in einer quasi-linearen Form darstellen (6.3.2.3.1) und in einem zweiten Schritt versuchen, die Funktionalität des Modells

^{*} Mindestens sind genauere Informationen darüber nicht aus der Lektüre des Buches allein zu entnehmen.

zu diskutieren.

6.3.2.3.1 Vereinfachte Uebersicht über das Modell

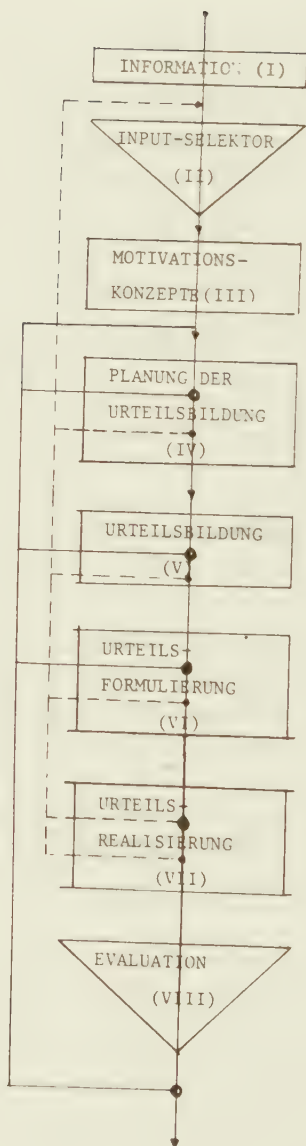
Das folgende Diagramm stellt die einzelnen Phasen des kognitiven Prozesses bei der Indikationsstellung vereinfacht dar. In Pauker et al.'s Modell wäre es eine Differenzierung der Vorgänge innerhalb der Supervisions-Programmes B (vgl.p. 133) Dass während des ganzen Ablaufes fortwährend Interaktionen zwischen dem Supervisions-Programm, dem Kurzzeitgedächtnis (STM) und dem Langzeitgedächtnis (LTM) und zwar mit Hilfe der erwähnten daemons-Programmen stattfinden, kann grafisch nicht deutlich dargestellt werden. Es entspricht den Interrupt-Programmen von Clippinger, die mit den unterbrochenen und den durchgezogenen Linien dargestellt sind und darauf hinweisen, dass im Diagramm keine linearen Prozesse repräsentiert sind, sondern dass es sich um ein komplexes Interaktionsnetz verschiedenster kognitiver Prozesse in und zwischen den noch zu beschreibenden Kontexten* handelt. Man mag sich an das anschauliche Bild von Pauker et al. erinnern:

Vom LTM reichen, wie Tentakeln eines Tintenfisches, die daemons in STM hinein und stellen, sobald sie auf ein "Schlüsselmuster" fallen, eine feste Verbindung zwischen diesem Informationsmuster her, das gerade kognitiv in Bearbeitung steht und dem entsprechenden frame (nach Clippinger: context) im LTM her.

Dadurch wird ein bestimmtes schlummerndes (dormant) frame in einen aktiven Zustand gebracht, was soviel heisst, dass eine bestimmte Hypothese generiert und anschliessend weiter verfolgt wird.

*Wir verwenden in unserem Modell die Fachbegriffe der beiden beschriebenen Modelle.

Diagramm 11: Kognitive Prozesse bei der Indikationsstellung
(Vereinfachte Uebersicht als konsequente Abfolge)



Erklärung zum Diagramm

I INPUT-INFORMATIONEN

Für den klinischen Urteilsprozess ist es von entscheidender Bedeutung, welche Informationen überhaupt aufgenommen werden und den kognitiven Prozess im weiteren bestimmen. Der Indikationssteller erhält schon nach wenigen Minuten eine grosse Fülle von Informationen, die er unmöglich vollumfänglich wahrnehmen, geschweige denn in seinen Urteilsprozess einbeziehen kann: er muss die Information selektieren (vgl. Input-Selektor).

Wir unterscheiden zwischen folgenden Kategorien von Input-Informationen: (A) Patienten -, (B) Beurteiler -, (C) Setting-spezifische Informationen.

A Patienteninformationen

Dazu gehören sämtliche Informationen, die den Patienten betreffen. Ein Interviewer erhält während eines Erstgespräches eine grosse Menge solcher Informationen. Man kann sie einteilen in nonverbale Informationen (Mimik, Gestik, vokale Anteile während des Sprechens, Verhalten in der Interviewsituation und dessen Veränderungen), und verbale Informationen (vom Patienten selbst oder auch indirekte Informationen z.B. Aussagen von Drittpersonen über den Patienten, etc.).

Nützlich mag auch die Unterscheidung der verschiedenen Typen von Informationen nach Kaminski (1970) sein: Verhaltensdaten, Kognitionen, Umständendaten.

B Beurteilerinformation

In Paukers Modell werden vorwiegend jene Informationen berücksichtigt, die den Patienten betreffen.* Besonders im psychoanalytischen Denken

* Persönlichkeitsvariablen sind insofern im Modell berücksichtigt, als das gespeicherte Erfahrungswissen persönlichkeitspezifisch ist und z.B. dazu führt, dass verschiedene Experten aufgrund ihres unterschiedlichen Wissens beim gleichen klinischen Fall zu unterschiedlichen Hypothesen kommen. Temporäre Persönlichkeitsvariablen (wie aktueller psychischer Zustand) des Experten sind nicht im Modell enthalten.

wird aber berücksichtigt, dass auch Informationen über den Beurteiler selbst den Entscheidungsprozess massgeblich beeinflussen können, vor allem falls sie nicht als solche erkannt und in ihrer Einflussnahme entsprechend kontrolliert werden können. Wir unterscheiden:

- a) Informationen, die den aktuellen Zustand des Beurteilers betreffen, (temporäre Informationsquellen), d.h. seinen momentanen körperlichen und psychischen Zustand. Ist der Beurteiler körperlich reduziert, müde oder rekonvaleszent, wird er u.U. den Patienten wesentlich anders wahrnehmen, als wenn er frisch aus den Ferien kommt, gut ausgeschlafen ist. Hat er z.B. in jüngster Zeit affektiv starke Erlebnisse gehabt mit Personen, die ihn z.B. an den vor ihm sitzenden Patienten erinnern, mag dies seine Wahrnehmung evtl. wesentlich beeinflussen.
- b) Persönlichkeitsvariablen des Beurteilers. Beckmann (1974) hat darauf hingewiesen, dass die Persönlichkeit des diagnostizierenden Analytikers seine Wahrnehmung von einem Patienten wesentlich prägen.

In der frame-Technik könnte dieser Sachverhalt modelliert werden durch persönlichkeitspezifische frames, die auf bestimmte Schlüsselreize bei einem Patienten via daemons aktiviert oder semiaktiviert werden und zu bestimmten Hypothesen über den Patienten führen. Werden diese Vorgänge erkannt, handelt es sich um das Erkennen und Arbeiten mit:

- c) Übertragung und Gegenübertragung* des Beurteilers Freud'sche Psychoanalytiker sind darin geschult, solche Prozesse (Aktivierung eines persönlichkeitspezifischen frames) zu analysieren und als wesentliche Informationsquelle im diagnostischen Prozess mit einem Pa-

*Wir entnehmen die Definitionen für diese psychoanalytischen Begriffe aus: Sandler, J., Dare, Ch., Holder, A., 1973.

Übertragung : "In diesem Sinne kann man Übertragung als eine spezifische

tienten zu verwenden. Eine unerklärbare plötzliche Müdigkeit mag einen bestimmten Analytiker dazu bringen, beim Patienten abgewehrte aggressive Impulse zu vermuten, da er aus seiner klinischen Erfahrung her weiss, dass er selbst die Tendenz hat, mit Müdigkeit auf solche Konflikte zu reagieren (sein Persönlichkeitsspezifisches frame : Reaktion auf abgewehrte Aggressionen wird mit einer szenischen Beobachtung (vgl. Argelander, 1970) verknüpft und zur Bildung einer Hypothese über den Zustand des Patienten verwendet.

C Settingspezifische Information

In welchem Setting eine Indikationsstellung geschieht, mag u.U. den Urteilsprozess wesentlich bestimmen - ob der Beurteiler selbst das Abklärungsgespräch führt oder wie in unserem Experiment ein Videobild einer "Gemeinsamen" vorgeführt bekommt, ob die Indikationsstellung in einer Privatpraxis, einer psychiatrischen Klinik, einer öffentlichen Beratungsstelle, einem Universitätsinstitut oder im Rahmen eines wissenschaftlichen Experimentes stattfindet, schafft wesentlich verschiedene Informationen für den Beurteiler und wird wahrscheinlich auch verschiedenste Muster, bzw. frames aktivieren bei ihm und ihn möglicherweise zu unterschiedlichen Anfangshypothesen über den betreffenden Patienten führen. (vgl. Loepfe, Meyer, Schiess, Sluzalek, 1975).

(Fortsetzung von Fussnote p. 146)

Illusion (im Text: kursiv, M.L.) betrachten, die sich in bezug auf eine andere Person (hier: den Patienten, M.L.) einstellt, und die ohne Wissen (hier: des Beurteilers, M.L.) des Subjekts in einigen ihrer Merkmale eine Wiederholung der Beziehung zu einer bedeutsamen Figur der eigenen Vergangenheit darstellt. Dabei ist zu betonen, dass sie vom Subjekt nicht als Wiederholung, sondern als völlig gegenwarts- und personengerichtet erlebt wird." (Sandler et al., a.a.O., p. 43)

Gegenübertragung: "Als Folgerung aus dem Gesagten erscheint die Auffassung, die die Gegenübertragung als eine spezifische Gefühlsreaktion des Analytikers auf spezifische Qualitäten seines Patienten bezeichnet, als die brauchbarste." (a.a.O., p. 64).

** Uebertragungs- und Gegenübertragungsprozesse spielen sich natürlich nicht nur bei der Input Selektion ab, sondern dienen dem Analytiker während des ganzen Urteilsprozesses als wichtige Informationsquellen. Diesem Sachverhalt wird wiederum dadurch Rechnung getragen, dass in unserem Modell Interruptprogramme jederzeit auf den Input-Selektor bzw. spezifische Informationsquellen zurückgreifen können.

II INPUT-SELEKTOR

Analog zur Modellkonstruktion von Pauker et al. besteht der Input-Selektor aus folgenden Teilfunktionen:

- a) Selektion der Information
- b) Suche nach ersten Strategien des Vorgehens
- c) Hypothesen-Generierung

a) Selektion der Information

Wir unterscheiden zwischen zwei verschiedenen Prozessen: dem generellen Selektorprogramm, welches das übliche Vorgehen des Kliniklers aufgrund seiner Ausbildung, Erfahrung und Persönlichkeit enthält, und dem spezifischen Selektorprogramm, das dann abläuft, wenn dem Klinikler "auf den ersten Blick" gewisse Strukturen in der einkommenden Information auffallen, d.h. in der Pauker'schen Terminologie, wenn gewisse Tentakeln (daemons) gleich auf Anhieb "einschnappen" und eine Verbindung zwischen einem frame des LTM und der aufgenommenen Information herstellen, so dass sogleich eine bestimmte Hypothese eines starken ersten Einfalls, einem Gedankenblitz, der den Urteilsprozess vom ersten Moment an bestimmt.

Ueblicherweise versucht - besonders der psychoanalytisch geschulte Indikationssteller - die Haltung der freischwebenden Aufmerksamkeit einzunehmen, d.h. auch falls gleich ein starker erster Eindruck entsteht, sich nicht schon völlig davon beeinflussen und seine kognitive Spannweite einschränken zu lassen, sondern sich der zusätzlichen Information zu öffnen. Durch eine solche Haltung wird es möglich, jene Programme im LTM zu aktivieren, die die einkommende Information strukturieren, zusammenfassen und dadurch Auffallendes hervorheben können. Man kann sich vorstellen, dass jeder klinische Experte über solche Programme verfügt, nach denen er die Information gewichtet, gliedert und zu strukturieren versucht (Pauker et al. sprechen z.B. von einer Beschwerdestrukturierung nach Lokalisation, Schweregrad und Dauer der Störung).

Bei einem Psychoanalytiker könnte man sich z.B. vorstellen, dass er zuerst einmal versucht, herauszufinden, wie der Patient als Ganzes auf ihn wirkt, um seine Gegenübertragungsreaktion festzustellen. Weiter wird er darauf achten, welche Information ihm in der Haltung der frei schwebenden Aufmerksamkeit zuerst einfällt und ihn zu interessieren beginnt (als wesentliches Kennzeichen der Störung oder der Persönlichkeit des Patienten). Erst daraufhin wird er seine Aufmerksamkeit gewissen Details der Information zuwenden. Bei einem Verhaltenstherapeuten mag eine wesentlich andere "Standard-Strategie" gespeichert sein. Er fragt sich z.B. zuerst einmal nach dem auffälligsten abweichenden Verhalten und überlegt sich bald darauf die aufrechterhaltenden Bedingungen der Störungen in der Umwelt des Patienten. (Gliederung nach Störverhalten und aufrechterhaltenden bzw. verursachenden Bedingungen. Die derart vorstrukturierte "Gestalt" der Information bestimmt im folgenden den Wahrnehmungs- und Urteilsprozess.

b) Suche nach ersten Strategien des Vorgehens

Falls nicht durch ein spezielles Selektorprogramm gleich die ersten Hypothesen im STM entstanden sind, werden nach der ersten Strukturierung der Information jene Strategien aktiviert, die der Kliniker üblicherweise bei der ersten Hypothesengenerierung verwendet und die er in spezifischen frames des LTM gespeichert hat. Es sind einige wenige Strategien, die einen "over-all approach" darstellen, der zum Repertoire des Klinikers gehört und die er nun auf den vor ihm liegenden Fall anzuwenden versucht. Sie haben die Aufgabe, eine erste Einschränkung von Hypothesen schon gleich zu Anfang mitzuberücksichtigen (z.B. nach Kriterien der Relevanz für die Indikationsstellung je nach Schulung und Erfahrung), eine spontane Evaluation der Information (z.B. auf Widersprüchlichkeit) und eine Sensibilisierung durch erfahrungsgemäss oft missverständliche Information (z.B. dass ein Patient im Raume Zürich oft mit dem Wunsch "Analyse zu machen" an den Kliniker gelangt, der Indikationsstellende aber aufgrund seiner Erfahrung weiss, dass vom Patienten oft ganz verschiedenes unter "Analyse" subsummiert wird).

c) Hypothesengenerierung

Dieser Prozess kann mit dem Modell von Pauker et al. einleuchtend erklärt werden. Die vorliegende Information wird nach Schlüsselreizen untersucht. Erkennen (vorbewusste) Rekognitionsprogramme (daemons) solche Muster, so verbinden sie diese mit dem entsprechenden frame des LTM - sie rücken also dieses schlummernde frame vom LTM ins STM und somit in einen aktiven Zustand, der in Form von ersten Hypothesen im STM erscheint. Plastisch kann man sich diesen Prozess etwa folgendermassen vorstellen: Auffälligkeiten der einlaufenden Information werden wahrgenommen und mit gespeicherter Wissen in Verbindung gebracht, z.B. die Information: "Die Patientin beklagt sich über ihre Angst vor Schmutz" wird mit dem frame:"Schmutzphobie,"d.h. dem gespeicherten Wissen über Ursachen, Phänomenologie, Behandlungsmöglichkeiten etc. bei Schmutzphobien in Verbindung gebracht. Bewusst stellt der Kliniker eine erste Hypothese auf: Die Patientin leidet an einer Schmutzphobie. Um diese Hypothese wird in der Clippinger'schen Terminologie ein kognitiver Kontext eröffnet, in den alle Informationen eingefüllt werden, die mit dieser Hypothese in einen Zusammenhang gebracht werden könnten. Stösst man dabei auf Informationen, die nicht zu dieser Hypothese passen, können neue Hypothesen generiert werden, die dann einen eigenen Kontext erhalten. Diese Kontexte werden im folgenden miteinander in Beziehung gesetzt bis schliesslich eine Entscheidung zu dem betreffenden Sachverhalt gefällt werden kann (vgl. p. 177).

Dieser ganze Prozess bis zur Entwicklung erster Hypothesen mag viel mit dem zu tun haben, was klinisch als Intuition beschrieben wird und der Beobachtung entspricht, die Pauker et al. über die Vorgehensweise ihrer Experten schreiben. Aufgrund ihrer Erfahrung können sie auf den ersten Blick wichtige von unwichtigen Informationen unterscheiden und sich gleich Auffälligem zuwenden. Die Einsicht, welcher Information über den Patienten es sich lohnt, nachzugehen, ist sehr oft schon entscheidend für das weitere Urteil und kommt durch feinste intuitive Schätz- und Rekognitionsprozesse zustande.

III MOTIVATIONSKONZEPTE

Wie ein Kliniker mit dem gestellten Problem umgeht, eine Menge von Hypothesen über einen betreffenden Patienten zu beurteilen, hängt u.a. stark von seiner Motivation ab, sich mit der Indikationsstellung zu beschäftigen. Wir sind Motivationsfaktoren schon bei der Selektion bestimmter Informationen (I) begegnet, doch sind sie so relevant, dass sie im Modell als eigener Faktor aufgeführt werden. In der Diskussion um den YAVIS-Patienten * wird immer wieder darauf hingewiesen, wie sehr das Interesse des Klinikers und sein Engagement, z.B. auch bei der Indikationsstellung, von Patient zu Patient variiert. Manche Patienten, eben YAVIS-Patienten, verstehen es gleich vom ersten Moment an, das Interesse des Klinikers zu wecken und können dadurch vermehrte Zuwendung und persönliches und fachliches Engagement beim Kliniker bewirken. Bei einem solchen Patienten ist es für den Kliniker auch lustvoller, sich der Indikationsfrage, bzw. bestimmten auftauchenden Hypothesen, zuzuwenden (vgl. auch Aussagen über die negative Bewertung von hysterischen Patientinnen in der Literatur, die auf eigene Abwehren des Klinikers schliessen lassen). Dass also auch ethische Aspekte auf die Motivation einwirken können, wird an diesem Beispiel deutlich (vgl. CALVIN-Kontext). Doch nicht nur Patientenvariablen und Interaktionsvariablen wirken sich auf die Motivation aus, auch Persönlichkeitsvariablen des Klinikers selbst spielen hier eine Rolle (vgl. I.p. 145) nicht jeder Kliniker fühlt sich von den gleichen Patienten angesprochen. So sagte mir eine ältere Psychoanalytikerin während meines Experiments: "Je spinniger ein Patient, desto lieber würde ich mit ihm arbeiten.", während sich andere Beurteiler durch den Schweregrad der Störung unserer Patientin eher abschrecken liessen. Ausserdem spielen auch Randbedingungen der Indikationsstellung (wie etwa der Auftragssteller, das Setting etc. vgl. p. 147) bei der Motivation eine Rolle. So ist bekannt, wie sehr sich z.B. eine bestimmte Erwartungshaltung an einen Patienten auf die Beurteilung von ihm auswirkt (vgl. z.B. Mitsos, 1959, Hartmann, 1970).

Wie Clippinger möchten wir zwischen zwei verschiedenen Arten von Motivation unterscheiden: a) zwischen Motivationen, die ursprünglich aus den für den Kliniker vorhandenen entnommen werden (nach Clippinger aus der Liste der ursprünglich vorhandenen) und b) solchen, die durch interrupts entstehen.

*vgl. 5

Die oben aufgeführten Beispiele entsprechen den Motivationen a). Wir berücksichtigen aber auch Motivationen des Types b), d.h. solche, die sich durch Interventionen der Regulierung des weiteren kognitiven Prozesses ergeben. In jedem Stadium des Urteilsprozesses können neue Motivationen entstehen, z.B. wenn festgestellt wird, dass eine Entscheidung über eine bestimmte Hypothese nicht gefällt werden kann, weil zu wenig Informationen dazu vorhanden sind. Dann entsteht die Motivation, mehr Informationen zu diesem Sachverhalt zu eruieren. Wichtig ist, dass solche, durch interrupts ausgelöste Motivationen, ganz spezifisch sind und zum Einsatz spezifischer Planungsprozesse führen.

Die Hypothesen werden also nach dem Motivationskonzept auf ihre Relevanz beurteilt und nach der Priorität für den Kliniker rangiert. Als Resultat liegt eine Problemstellung vor, die den weiteren kognitiven Prozess im Umgang mit einer bestimmten Menge von Hypothesen bestimmt.

IV PLANUNG DER URTEILSBILDUNG

Planungsprozesse haben die Aufgabe, eine Strategie zu entwickeln, wie das durch die Motivationskonzepte (III) gestellte Problem gelöst werden kann. Klinisch bedeutet dies, dass der Beurteiler Strategien herbeizieht, um gestellte Fragen, z.B. nach der Ich-Stärke des Patienten, beantworten zu können. Er wird sich, ist er Psychoanalytiker, einen Plan entwerfen, wie er am besten dazu kommt, die Ich-Stärke des Patienten beurteilen zu können, z.B. indem er Informationen zur beruflichen Laufbahn, zum Verhalten in schwierigen Lebenssituationen, in Stress etc. einholt. Man könnte unterscheiden zwischen Standard-Problemlösungsprogrammen, die z.B. fast automatisch herbeigezogene, durch die Schulung entstandene Strategien des Vorgehens sind, und Spezial-Problemlösungsprogrammen. Solche Strategien werden herbeigezogen, wenn ganz spezifische Problemmuster auftauchen. Sie enthalten ebenfalls spezifische Problemlösungsstrategien, die sofort aktiviert werden. Als Beispiel kann man hier an "plötzliche Einfälle" denken, die dem Kliniker bei einem bestimmten Stichwort durch den Kopf gehen.

Wenn etwa die Patientin von ihrer Schmutzphobie redet, wird manchem Kliniker dazu "Verhaltenstherapie" einfallen, und damit auch entsprechende Problemlösungsstrategien, um weitere Informationen, die für dieses Verfahren sprechen, zu sammeln.

Die Planung wird zudem einer Beurteilung unterzogen (Planning Censors), die Strategien werden auf ihre Akzeptierbarkeit hin beurteilt. So könnte z.B. das Nachschlagen in x Büchern zwar wegen der vermehrten Sicherheit des verwendeten Wissens wünschenswert sein, muss aber aus zeitökonomischen Gründen als Strategie der Planung der Urteilsbildung (mindestens in unserm Experiment, wahrscheinlich aber auch meist in der Praxis) verworfen werden.

Exkurs Gespeichertes Wissen

Klinisch leuchtet die Art und Weise ein, wie in Clippingers Modell die Databasis aufgebaut ist. Das gesamte Wissen ist kontextzentriert abgespeichert, also abhängig von der Funktion, zu der Wissen in früheren Erfahrungen gebraucht wurde. Neu erworbenes Wissen wird auch während des jeweiligen kognitiven Prozesses in der Databasis gespeichert, d.h. neue Einsichten über die Indikation, die der Kliniker bei seinem Urteilsprozess über einen bestimmten Patienten gewinnt, wird in sein gespeichertes Wissen sofort aufgenommen und vermag "älteres Wissen" u.U. zu modifizieren.*

So könnte die Databasis als Spiegel aller möglichen Erfahrung des betreffenden Kliniklers betrachtet werden. Vielleicht ist es sinnvoll, die Art des Wissens nach Kaminski zu klassifizieren, nach empirischem Wissen ("wissenschaftlich abgesichert"), Wissen aus der Berufserfahrung (z.B. mit der Indikation anderer Patienten) und sogenanntem Alltagswissen. Doch wichtiger als diese Dimensionen scheint uns die Annahme Clippingers, dass Wissen kontextzentriert abgespeichert ist und funktional abgerufen wird. Für einen klinischen Psychologen der 68-er Generation mag die Indikation bei einem Unterschichtpatienten mit Wissen zur Schichtproblematik aus einer gesellschaftlichen und ideologischen Sicht verbunden sein: er wird die Indikation bei dem betreffenden Patienten u.U. vorwiegend von diesen Kontexten her (CALVIN und MARX) angehen, während ein Psychiatrieassistent die Indikationsproblematik bei Unterschichtpatienten im Rahmen einer Klinik vielleicht eher von pragmatischen Seiten her kennengelernt hat (Therapieangebot, Fachbetreuung etc.). Er wird wahrscheinlich Wissen dazu vor allem im MACHIAVELLI-Kontext gespeichert haben.

Auf jeden Fall ist hier Wissen nicht "neutral" abgespeichert, sondern kontextabhängig, funktionsabhängig und ausserdem affektiv codiert.

Durch die affektiven Codierungen hat der entsprechende Kliniker gewisse Vorlieben für bestimmte Strategien der klinischen Urteilsbildung, die sich

*Obschon gewisse Unterschiede zwischen den Konzeptionen Clippingers und Pauker et al. bestehen, können wir diese hier vernachlässigen. Pauker et al.'s Konzeption der frames wird in unserem Modell mit den Kontexten Clippingers gleichgesetzt.

in früheren Indikationsstellungen als erfolgreich und relativ konfliktfrei bewiesen. (Der eine schwört auf die Bedeutung der Ich-Stärke für die Indikation zur Psychoanalyse, der andere auf die Einstellung der Ehefrau etc.). Dies würde den Blaser'schen Befund erklären, dass Kliniker nur wenige Dimensionen bei der Indikationsstellung benutzen, allerdings insofern modifizieren, als die Art der Dimensionen persönlichkeitspezifisch ist und bei verschiedenen Beurteilern stark variiert, je nach seiner persönlichen, beruflichen und wissenschaftlichen Erfahrung.

V URTEILSBILDUNG

In diesem Stadium werden komplexe Entscheidungsprozesse vollzogen. Sie bestehen aus zwei verschiedenen Teilschritten, die sich allerdings gegenseitig durchdringen.

a) Entwurf eines "Bildes" von Patienten (Diagnosestellung)

Beurteilen des Patienten, bzw. seines psychischen Zustandes, seiner Störung, kranker vs. gesunder Persönlichkeitsanteile etc. In der klassischen Literatur würde man von einer Diagnosestellung sprechen. Aus verschiedensten Gründen (vgl. 6.1) möchten wir lieber davon ausgehen, dass sich der Kliniker ein Bild des Patienten machen muss, das er braucht, um sich für eine Indikation zu entscheiden. Wie umfassend dieses Bild zu sein hat, variiert je nach Auffassung und Schulung des Klinikers und ist u.a. auch abhängig von ethischen und ideologischen Gesichtspunkten. (Die Auffassungen gehen von der Ansicht, eine Indikationsstellung sei ohne eine genaueste Abklärung und Diagnosestellung nicht möglich (Pruyser, Menninger, 1976, Shectman, 1976) bis zu der Ansicht, es gehe lediglich darum zu entscheiden, "ob man es als ev. Therapeut mit dem betreffenden Patienten eben kann oder nicht.")

b) Indikationsstellung (das optimale psychotherapeutische Verfahren für den betreffenden Patienten wird ausgewählt).

Wir können von einem zweiphasigen Entscheidungsprozess im engeren Sinne sprechen: in einem ersten Schritt werden einzelne Hypothesen überprüft und zueinander in Verbindung gesetzt, bis ein vorläufiges, in den Augen

des Indikationsstellers genügend ausgeprägtes Bild des Patienten entsteht. In einem zweiten Schritt wird dieses Bild des Patienten mit dem Wissen über Indikation verglichen und das angebrachteste psychotherapeutische Verfahren für den Patienten ausgewählt.

Zu a): Testen von Hypothesen

Sowohl die Beurteilung der einzelnen Teilhypothesen, wie auch die Beurteilung aller Hypothesen insgesamt und "gestalthaft" im Sinne eines Entwurfs eines Bildes des Patienten geschieht unter den beiden, von Pauker et al. erwähnten Aspekten:

1. Genügt die vorhandene Information, um die fragliche Hypothese(n) anzunehmen oder zu verwerfen ?
2. Bis zu welchem Grad kann die fragliche Hypothese die Informationen über den betreffenden Patienten stringent erklären ?

Die Skizze von Pauker et al. (vgl.p. 136) veranschaulicht diesen Prozess. Wir modifizieren seine Modellvorstellung insofern, als nicht ein fixer Punktwert (festgelegter Schätzwert als Kriterium), sondern kontextzentrierte Kriterien existieren, die gegeneinander abgewogen und hierarchisiert werden müssen und auch in Konflikt miteinander treten können (z.B. Kriterien des MACHIAVELLI-Kontextes mit jenen des CALVIN-Kontextes). Im Extremfall sind die Konflikte zwischen den einzelnen Bereichen so gross, dass der Kliniker unfähig ist, eine Entscheidung zu fällen, also eine Indikation für einen betreffenden Patienten zu stellen. In einem solchen Fall muss er z.B. den Patienten an einen Fachkollegen zur nochmaligen Beurteilung überweisen. Doch geschieht dies nur in Extremfällen, vorher wird der Kliniker versuchen, sich weitere Informationen zu beschaffen, also den kognitiven Prozess bis zu diesem Stadium mehrfach nochmals zu durchlaufen. Dazu gehört auch das Fragen stellen.

Zu b): Indikationsstellung

Nach den gleichen Prinzipien wie bei a) wird nun das "Bild" des Patienten mit dem gespeicherten Wissen zur Indikation in Beziehung gebracht.

In der grafischen Darstellung des Entscheidungsprozesses wird deutlich, dass nur in Idealfällen die gespeicherten Informationen über den "Idealpatienten" für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren mit dem Bild des realen Patienten übereinstimmt (vgl.p. 136). Meist muss man einen gewissen Widerspruch bzw. eine Unsicherheit beim Abwägen in Kauf nehmen und sich mit einer geringen Ueberlappung des analogen Befundes zufriedengeben. Nebenbei sei bemerkt, dass sich der erfahrene Kliniker, bzw. jener, der seine eigene Unsicherheit und die Relativität seiner Entscheidung zugeben und reflektieren kann, über diesen Sachverhalt bewusst ist, während der konfliktabwehrende Kliniker vorgibt, seine Indikationsstellung bzw. sein Wissen darüber sei mehr oder weniger vollständig und lasse sich ohne grosse Schwierigkeiten auf den betreffenden Patienten anwenden.

VI URTEILSFORMULIERUNG

Hat der Kliniker ein entsprechendes Indikationsurteil für sich gefällt, muss er versuchen, dies in eine Form zu transformieren, die im Gespräch ausgedrückt werden kann. Er muss beurteilen, wie er seine Einschätzung formulieren muss, damit sie für den Empfänger annehmbar ist. Dazu muss er sein abgespeichertes Wissen konsultieren, um den möglichen Effekt seines Urteils z.B. auf den betreffenden Patienten bzw. den Auftraggeber (z.B. ein Gericht, eine Schulgemeinde etc.) abzuschätzen. Er muss auch den Informationsgrad des Empfängers abschätzen, um sich in seinen Ueberlegungen kommunizierbar zu machen.

Weiter muss der emotionale Gehalt der intendierten Aussage daraufhin überprüft werden, ob sie dem Empfänger annehmbar sein wird oder ihn

verletzt aus persönlichen oder soziokulturellen Gründen. Wie sagt man z.B. einem Ausbildungskandidaten, der unbedingt eine Analyse zwecks einer Ausbildung zum Psychotherapeuten machen will, dass man ihn als ungeeignet für eine Analyse einschätzt ? Wie einem Arbeiter, dass seine Magenbeschwerden nicht körperlich, sondern psychisch bedingt sind ?

Klinisch ist dies ein bedeutsamer Schritt, der in andern Modellen der Klinischen Urteilsbildung vernachlässigt wird. Hartmann hat deutlich auf die Relevanz des Empfängers eines Gutachtens, (als einer Form der Mitteilung eines klinischen Urteils) hingewiesen (a.a.O., p. 70 ff.)

Je nachdem wird also die geplante Mitteilung zurückgewiesen (also als Urteil wieder in Frage gestellt), modifiziert oder akzeptiert.

Wir können annehmen, dass wir auch in dieser Phase anlehnend an Clippinger 3 verschiedene kognitive Prozesse unterscheiden:

- a) solche, die versuchen, Gedanken in sprachliche Formulierungen zu transformieren
- b) solche, die die geplante Äußerung auf ihre Akzeptierbarkeit hin überprüfen
- c) und solche, die angeben, wie das geplante Konzept am besten ausgedrückt werden soll.

VII URTEILSREALISIERUNG

Dieser Schritt entspricht der Gesprächsrealisation in Clippingers Modell. Ihm geht es dabei vor allem darum, für die einmal prinzipiell akzeptierten Konzepte die entsprechenden sprachlichen, syntaktischen und semantischen Mittel zu finden, um diese Konzepte sprachlich ausdrücken zu können.

Für den Klinischen Urteilsprozess ist entscheidend, zu beurteilen, ob das gefällte Urteil überhaupt in die Realität umgesetzt werden kann, also die realen Faktoren zu überlegen, die eine betreffende

Indikation für den Patienten mit sich bringt. Um dies nur kurz anzu-
reissen: es ist sinnlos, einem Patienten eine grosse Analyse anzu-
raten, wenn genau feststeht, dass er nicht über die zeitlichen und
finanziellen Mittel verfügt, sich ein solches Verfahren überhaupt
leisten zu können, oder wenn in seiner Umgebung keine Analytiker mit
freien Analyseplätzen existieren. Der Kliniker muss also so quasi die
Aussenwelt des Patienten berücksichtigen und auf ihre Eignung für die
Realisierung der gestellten Indikation überprüfen. Dies sind noch-
mals komplexe Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse, die nach der ge-
schilderten Art vor sich gehen. Dass dabei wiederum Gesichtspunkte der
unterschiedlichen Kontexte in Konflikt geraten können und gegeneinander
abgewogen werden müssen, versteht sich von selbst und wird unter 6.3.2.3.2
nochmals diskutiert. Scheitern die Realisierungsmöglichkeiten, muss u.U.
der ganze Urteilsprozess nochmals von vorn beginnen, z.B. mit einer
grösseren Schwerpunktsetzung auf die Möglichkeiten der realen Indika-
tion verglichen mit der idealen.

VIII

EVALUATION

Während des ganzen Urteilsprozesses laufen evaluative Prozesse ab,
die das eigene Tun kritisch beleuchten. Besonders entscheidend sind
die evaluativen Prozesse bei der Reflexion des gefällten Urteils, z.B.
der Transparenz und Zuverlässigkeit der zugrunde liegenden Ueberlegun-
gen, der Relevanz für den Patienten, der Verantwortung der Entscheidung
vor dem eigenen fachlichen Gewissen und der Öffentlichkeit etc.

6.3.2.3.2

Uebersicht über die Kommunikationsstruktur kognitiver Prozesse

In der Clippinger'schen Konzeption kognitiver Kontexte und ihrer viel-
fältigen Interaktion wird der Verlauf kognitiver Prozesse vorstellbar.
Wir werden im folgenden versuchen, dieses Geschehen darzustellen, indem
wir zuerst eine kurze Uebersicht über die Kontexte, bzw. die kogniti-
ven Prozesse während der Indikationsstellung, geben, und nachher die
Kontexte ausführlicher beschreiben und mit Beispielen illustrieren.
Dadurch hoffen wir eine klinisch brauchbare theoretische Basis für die
anschliessende Auswertung der Denkprotokolle zu erhalten.

Analog zu Clippinger stellen wir uns vor, dass Kognitionen nach Prozessmodulen, nach Kontexten organisiert sind. Wir haben diesen "Aktionszentren" gleiche Namen gegeben wie Clippinger, da diese Begriffe verdeutlichen, dass sich solche Bereiche nicht nur formal voneinander unterscheiden, sondern auch inhaltlich unterschiedliche Funktionen übernehmen. Diese Verknüpfung von Funktionalität und Inhalt ist im Hinblick auf die Erklärbarkeit kognitiver Prozesse bei der klinischen Fragestellung interessant.

Um den Entscheidungsprozess des Klinikers in all seinen relevanten Stadien darstellen zu können, haben wir 6 Kontexte definiert, MOZART, CALVIN, MACHIAVELLI, CICERO, FREUD und MARX.

Clippinger beschreibt 5 Kontexte. Den LEIBNITZ-Kontext lassen wir weg, da uns seine spezifische Bedeutung als Speicher von Allgemeinwissen für den klinischen Urteilsprozess in unserem Modell im LTM enthalten ist. Dagegen führen wir als neue Kontexte MOZART und MARX ein.

Uebersicht über die kognitiven Prozesse während der Indikationsstellung, diskutiert anhand der Konzeption interagierender kognitiver Kontexte

MOZART, intuitiv gesteuert durch frühere Erfahrungen, greift aus der Fülle verbaler und nonverbaler Informationen eine erste Gestalt heraus, im Sinne eines ersten Eindrucks und generiert eine oder mehrere Anfangshypothesen. Diese werden sogleich von CALVIN auf ihre Akzeptierbarkeit überprüft, und, je nachdem, verworfen oder zur weiteren Bearbeitung an MACHIAVELLI weitergegeben. Dieser sucht nach geeigneten Strategien, ökonomisch und optimal Informationen zur Beurteilung der Hypothesen zu beschaffen. Seine Pläne wandern zu CICERO Kontext, der sie im Hinblick auf antizipierte (psychologische) Wirkungen auf den Empfänger der Beurteilung (meist den Patienten) anschaut und sprachlich

codiert. Falls sie als prinzipiell akzeptabel gelten, gehen die Strategien zurück zu CALVIN, der sie einer weiteren Beurteilung unterzieht und entweder zurückweist, modifiziert oder annimmt und zur Durchführung (d.h. systematischer Informationsgewinnung) an MACHIAVELLI zurückgibt. Dieser sammelt nun die entsprechenden Informationen (d.h. füllt damit ein frame im STM teilweise aus der aktuellen Information, teilweise aus gespeicherter Information, die er durch Aktivierung von frames im LTM gewinnt). Die gesammelte Information wird nun in einem Schätzungsprozess mit der analogen Information der Databasis verglichen und aufgrund von Kriterien von CALVIN beurteilt. Hypothesen können nun angenommen, verworfen oder als nicht beurteilbar klassifiziert werden. Im letzten Fall kommen neue Informationsgewinnungsprozesse in Gang bis die Entscheidung gefällt werden kann. Dieser Prozess der Hypothesengenerierung- und Überprüfung läuft nicht linear ab. Meist werden gleichzeitig mehrere Hypothesen betrachtet und miteinander in Beziehung gesetzt, wenn sie beurteilt werden. Vorläufige Ergebnisse werden im STM abgespeichert und schliesslich zu einem "BILD" der Patientin zusammengefügt. Dies gilt nun als Ausgangspunkt eines erneuten Schätzungsprozesses bezüglich der Indikation. Wieder werden sämtliche gewonnenen Informationen mit den gespeicherten verglichen. Indikationen können wiederum angenommen, verworfen oder als unentscheidbar klassifiziert werden. Die CALVIN Kriterien variieren stark von Beurteiler zu Beurteiler. Der eine Kliniker wird schon aufgrund weniger Hypothesen seine bestimmte Indikation fällen, ein anderer wird dies ablehnen, bis er ein umfassendes Bild der Patientin entworfen hat.

Liegt nun eine Indikationsstellung vor, wird sie von CICERO Kontext nochmals im Hinblick auf die psychologische Wirkung auf den Empfänger (z.B. die Patientin oder einen anderen Auftraggeber) überprüft und in die optimale sprachliche Form gebracht, falls sie akzeptiert wird. Schliesslich wird die Entscheidung vom MARX Kontext auf ihre Realisierbarkeit beurteilt. Er simuliert die Auswirkungen der getroffenen Ent-

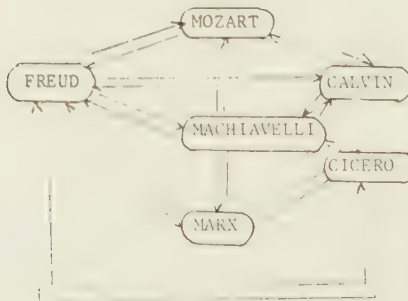
* CALVIN wird als Beurteilungsinstantz verschiedene Male durchlaufen. Aber auch die anderen Kontexte können mehrmals in Aktion treten, bevor es zu einem Out-put der kognitiven Prozesse kommt.

scheidung in der Realität und betrachtet sie im Hinblick auf ihre sozio-ökonomischen Konsequenzen. Oft wird die "ideale Indikation" wegen äusseren Faktoren wie Geld, Wohnort, Therapieangebot zurückgewiesen und die Suche nach einer realistischeren Indikation eingeleitet. Wird die akzeptiert, gelangt sie in ihrer endgültigen sprachlichen Fassung an CALVIN, der sie nach einer letzten Beurteilung zum output freigibt. Ob diese Prozesse unbewusst, vorbewusst oder bewusst für den Kliniker ablaufen, hängt vom Funktionieren des FREUD-Kontextes ab. Er ist die introspektive Instanz, die die einzelnen Stadien des kognitiven Prozesses beobachten und auf ihre Gründe und Auswirkungen hin untersuchen kann. Er funktioniert aber nicht ungehindert, sondern kann auch durch Interventionen aus anderen Kontexten, vor allem aus CALVIN, von seinem Funktionieren abgehalten werden.

Die breitere folgende Darstellung der einzelnen Kontexte soll die Interaktion zwischen den kognitiven Kontexten und die Funktionalität der kognitiven Prozesse verständlicher machen.

Diagramm 12:

Kommunikationsstruktur kognitiver Prozesse
(Darstellung kognitiver Kontexte und ihrer Interaktion)



Beschreibung der Kontexte und ihrer Interaktion

MOZART KONTEXT

Mozart ist bekannt als Komponist mit einer genialen Begabung für musikalische Gestaltung. Im Gegensatz zu Beethoven wird von ihm gesagt, dass er ohne viel Mühe, intuitiv, Motive und Melodien für seine Kompositionen finden konnte. Die Fähigkeit, Strukturen und Gestalten in einer Menge von Informationen auf Anhieb zu erkennen, zeichnet die Programme des MOZART KONTEXTES in unserem Modell aus. Sie bewirken die Zielsicherheit, mit der erfahrene Kliniker Auffälligkeiten in den Mitteilungen eines Patienten wahrnehmen und zur Hypothesenbildung über seinen inneren Zustand verwenden kann. So war es für die Verfasserin immer wieder erstaunlich, wie erfahrene Kliniker schon nach den ersten paar Minuten Videovorführung auf zentrale "Gestalten" bei der interviewten Patientin eingingen, Informationen miteinander verknüpften, pointierte Fragen aufwarfen, Diskrepanzen zwischen verschiedenen Kommunikationskanälen feststellten, und - so schien es ihr - schon auf die Kernproblematik der Patientin (Borderline-Störung) lossteuerten.

Pauker et al. geben eine einleuchtende theoretische Erklärung für diese Sicherheit bei der Wahrnehmung psychopathologischer Gestalten: der klinische Experte hat all sein praktisches und theoretisches Wissen, das er im LTM gespeichert hat, latent verfügbar. Dieses Wissen beeinflusst u.a. seine Wahrnehmung. Werden gewisse Strukturen der einkommenden Informationen als "bekannt" erkannt, wird blitzschnell - und vorerst ohne bewusste Registrierung des Klinikers - eine Verbindung zu dem entsprechenden gespeicherten Wissen hergestellt. Anders ausgedrückt: die daemons sind solche wahrnehmungssteuernde erfahrungsbe-

dingte kognitive Prozesse. Erkennen sie bestimmte Muster in der Information, "schnappen" sie ein, d.h. sie stellen eine Verknüpfung her, zwischen dem schlummernden frame, das entsprechendes Wissen abgespeichert hat und versetzen dieses in einen semiaktiven oder aktiven Zustand. Durch diesen Vorgang sind bereits erste Hypothesen entstanden, die Wahrnehmung des Klinikers wird in bestimmte Bahnen gelenkt und verläuft "gestalthaft". Die verfügbaren Informationen werden gezielt, nach den latenten oder offenen Hypothesen abgecheckt.

Klinisch wertvoll ist auch die Konzeption Paukers et al., dass bei jeder Aktivierung eines frame auch jene frames beigezogen werden, die in einer assoziativen Verbindung zu diesem stehen. So sind die bewusst berücksichtigten Informationen immer mit einem Netz von andern Informationen verbunden, also Teil einer Gestalt.

Dazu ein Beispiel aus einem Denkprotokoll, das illustrieren soll, wie dies konkret von einem Kliniker wahrgenommen werden kann.

Unsere Kommentare sind in Klammern gesetzt.

"Irgendetwas bei dieser Patientin passt mir nicht, die Art wie sie sich in ihrem Körper bewegt, passt so gar nicht zu dem, was sie sprachlich ausdrückt, wo sie doch sehr gewandt ist." (Er stellt also bei sich einen diffusen unangenehmen Affekt fest, den er noch nicht auf einen Begriff bringen kann und ihn in der zweiten Hälfte des Satzes zu konkretisieren versucht. Man kann vermuten, dass bereits eine kognitive Verbindung zum frame "unangenehmer diffuser Affekt bei bestimmten - ev. sogar schon Borderline-Patienten" entstanden ist, die ihm aber noch nicht bewusst ist. Die folgenden Überlegungen zentrieren sich um diesen ersten Affekt (die Informationsaufnahme ist also schon zielgerichtet). Sie wirkt gehemmt, verklemmt, linkisch, und so etwas unharmonisch, suchend, wie wenn ihr Körper nicht ihr gehören würde. Ja, stimmt, am deutlichsten war mir dies bei der Sequenz mit dem Video, da hat sie so ängstlich, fast paranoid im Zimmer herumguckt, sehr seltsam - und dies steht doch im Widerspruch, wie angepasst sie auf die Forderung des Interviewers, hochdeutsch zu sprechen, eingehen kann. Wäre sie wirklich paranoid, könnte sie nicht derart gut auf sein reales Anliegen einsteigen, aber so "gewöhnlich neurotisch" scheint mir

dies auch nicht. (An dieser Stelle liegt beim Beurteiler bereits die Diagnose: Borderline-Störung auf der Hand, obschon er den Begriff nicht explizit braucht). "Komisch, dieses diffuse Gefühl, das ich da kriege: ist es nur wegen der Situation, ich muss hier ja im Rahmen eines Experimentes etwas produzieren, oder hat es mit der Patientin zu tun ? Es erinnert mich an eine Patientin, die ich vor zwei Monaten selbst interviewte, da hatte ich auch so eine Mischung von ängstlich und unheimlichen Gefühlen in mir - es stellte sich dann heraus, dass es eine Borderline-Patientin mit schwer suizidalen Zügen war." (Hier fällt die Diagnose explizit, nach einer Analyse der eigenen Gegenübertragung) (Beurteiler 61, Gruppe: Analytiker, 1. Denkprot.)

In diesem Beispiel muss der Kliniker seinen ersten diffusen Eindruck analysieren und gelangt erst darnach zu einem bestimmten hypothetischen Bild der Patientin. Bekannt ist das Beispiel, dass sich bei dem einen Patienten, oft schon aufgrund des Nonverbalen eine Wartezimmerdiagnose (Blaser) geradezu aufdrängt: man muss plötzlich an Zwangsneurose denken, ohne dies eigentlich begründen zu können. Oft wird dieser erste Eindruck unter CALVIN Interventionen ("So vorschnell darfst du doch nicht urteilen") wieder weggeschoben und taucht u.U. erst viel später, aufgrund von abgestützter Information wieder aufgrund von abgestützter Information wieder auf. ("Das hab ich doch schon ganz am Anfang gedacht"). In der psychoanalytischen und der Literatur zu nonverbialem Verhalten wird viel über dieses Phänomen des ersten Eindrucks nachgedacht. (Vgl. z.B. Ekman u. Friesen, 1971 Schefflen, 1973). Reik (1977) spricht vom "Hören mit dem dritten Ohr" und misst der spontanen Kommunikation vom Unbewussten zum Unbewussten eine grosse Bedeutung für die Wahrnehmungsprozesse im psychoanalytischen Erstinterview und in der Behandlung bei.

Unter 5.5.6 wurde auf die verschiedenen experimentellen Untersuchungen verwiesen, die sich mit der raschen klinischen Urteilsbildung beschäftigen. In den Interpretationen der Ergebnisse schwingt oft ein entwertender Unterton mit: wie zufällig und

"unwissenschaftlich" Kliniker ihre Entscheidung fällen. Nach dem Ansatz von Pauker et al. ergibt sich eine entgegengesetzte, wenn man so will, eine "positive" Interpretation dieser Beobachtung: Kliniker verfügen über eine funktionelle, integrative Wissensspeicherung, die ihnen eine rasche, zielgerichtete Wahrnehmung und Strukturierung von Informationen ermöglicht. Sie vermögen - vorerst einmal ohne eigentliche Bewusstwerdung - eine Beziehung zwischen ihrem Wissen und dem neuen, klinischen Fall herzustellen; sie verwenden den oben beschriebenen Mechanismus des "pattern matching", des Gestalt-gesteuerten Wahrnehmens. Durch die Konzeption der daemons (vgl.p.137) die durch bestimmte Informationsstrukturen in Kraft treten, wird verständlich, dass der Kliniker rasch relevante Information herausgreifen, bzw. irrelevante Information vernachlässigen kann. Es wäre ausgesprochen unökonomisch (und auch unmöglich), an jeden Fall "unvoreingenommen", d.h. unter Vernachlässigung allen bisherigen Wissens, heranzugehen. Ob ein Urteil "objektiv" ist oder nicht, hängt nicht mit der Geschwindigkeit des klinischen Urteils und der verwendeten Informationsmenge zusammen, sondern mit der Seriosität, mit der im folgenden aufgestellte Hypothesen als solche erkannt und überprüft werden.

Die Verurteilung dieser menschlichen Fähigkeiten als "Schablonisierung und Polarisierung" (vgl. z.B. Roistacher, 1975) kann als Missachtung dieser kognitiven Möglichkeiten angesehen werden.

Mit dem MOZART* -Kontext beschreiben wir also die intuitiven Möglichkeiten des Klinikers, einkommende Informationen gezielt wahrzunehmen, zu strukturieren und mit seinem Wissen, vorerst unbewusst, in Verbindung zu bringen. MOZART bestimmt die Informationsaufnahme. Er selektiert relevante Informationen und stellt erste Hypothesen auf, die nun weiter an den CALVIN-Kontext gegeben werden, der sie auf ihre Akzeptierbarkeit überprüft.

*In der Clippinger'schen Terminologie handelt es sich bei dem von uns hinzugefügten Kontext um eine Ausdifferenzierung seines Speak-up Programms. Bei Pauker et al. entspricht es einer Teilfunktion des Supervisions-Programms.

CALVIN KONTEXT

CALVIN ist so quasi der Aufseher des Hauses, der oberste Zensor. Er beurteilt fortlaufend das kognitive Geschehen. Wird eine erste Hypothese über die Patientin ausgestellt, so wird sie unverzüglich einer ethisch-moralischen Begutachtung unterzogen: z.B. Darf man nach so kurzer Zeit schon so etwas von einer Patientin denken, sie schon als so schwer gestört ansehen, man ist doch ein klinischer Fachmann ... etc. Wird eine Hypothese als nicht akzeptabel für die eigenen ethischen Vorstellungen beurteilt, wird sie fallen gelassen oder in Wartestellung versetzt: MOZART wird angewiesen, eine andere Hypothese zu generieren. Wird sie akzeptiert, kann der kognitive Prozess weiterlaufen, die Hypothese wird zur systematischen Ueberprüfung, d.h. vorerst zu einer systematischen Informationssammlung bezüglich der Hypothese zum MACHIAVELLI KONTEXT weitergeleitet.

Dass eigene ethische und moralische Gesichtspunkte die Indikationsstellung beeinflussen, ist wohl manchen Klinikern bewusst, in der Fachliteratur scheint dies aber ein Thema non grata zu sein.

Auch in unserer Vergleichsstudie (5.) haben wir Hinweise auf die Bedeutung eigener Präferenzen: signifikant häufiger indizieren die Kliniker unserer Untersuchung ihr bevorzugtes Therapieverfahren als irgend ein anderes. CALVIN enthält persönliche, berufsethische und kulturell bedingte Werte, die den kognitiven Prozess steuern. Er kann in vielem mit der psychoanalytischen Konzeption des Ueber-Ichs verglichen werden, auch er ist eine gewordene Instanz, die Wissen zu ethischen Fragen (z.B. auch berufsethische Vorstellungen, die im Rahmen einer Ausbildung vermittelt werden) enthält, aber durch neue Erfahrungen ständig modifiziert wird (vgl. 6.3.2.1).

So wird es einem Gesprächspsychotherapeuten wahrscheinlich schwer fallen, bei sich festzustellen, dass ihm ein bestimmter Patient auf den ersten Blick unsympathisch ist. Seinen berufsethischen Vorstellungen entspricht es nicht, Patienten abzulehnen, ist doch das Akzeptieren des Patienten eine Hauptsäule, auf die sich die Gesprächspsychotherapie abstützt. Dem Patienten das Gefühl zu geben, er sei in der therapeutischen Situation angenommen, ist dem Gesprächstherapeuten aufgrund seiner Schulung sehr wichtig. Dass dies allerdings mit der Variable "Selbstkongruenz" in Konflikt geraten kann, wird neuerdings reflektiert (vgl. auch Loepfe, Meyer, Schiess, Sluzalek, 1975) und führte z.B. zu neueren Konzepten wie etwa dem Experiencing.

Einem Freud'schen Psychoanalytiker sind solche negativen Affekte, wie oben erwähnt, eine wertvolle Informationsquelle im Sinne der Analyse der eigenen Gegenübertragung bzw. des szenischen Arrangements (vgl.p 144) . Kann ein Analytiker z.B. im Rahmen einer Supervision nicht eingestehen, dass er aggressive Gefühle einem Patienten gegenüber empfindet, wird dies von der psychoanalytischen Berufsethik insofern beurteilt, als ihn der Supervisor wahrscheinlich darauf aufmerksam machen wird, dass er hier ein eigenes unanalysiertes Problem mit Aggressionen hat. Es wird also nicht ein bestimmter negativer Affekt aus CALVIN Gründen "verboten", wie im obigen Beispiel, sondern ein bestimmter Umgang mit diesen Gefühlen gefordert.

Dass übrigens gerade bei kognitiven Prozessen während der Indikationsstellung ethische Konflikte mobilisiert werden, wurde schon verschiedentlich in dieser Arbeit erwähnt und hat u.a. auch gesellschaftliche Hintergründe. In einer beruflichen Rivalitätssituation mit andern Fachrichtungen fällt es vermutlich einem Kliniker besonders schwer, sich einzugestehen, dass vor allem seine eigenen Vorlieben und ethischen Schwerpunktsetzungen bei

der Indikationsstellung entscheidend sind. Ein Beurteiler unserer Untersuchung nahm dies wahr und formulierte es folgendermaßen:

"Ja, also ich kann wiederholen, was ich vorher schon gesagt habe, wenn ich aufgefordert werde, eine Indikation zu stellen, bei irgendeinem Patienten, oder bei dem Fall den du mir vorgeführt hast, am Video, dann reagiere ich natürlich - wie jeder andere auch - von meiner engeren Fachrichtung her, also als Psychoanalytiker, und ich würde erst in zweiter Linie eine zünftige Kontraindikation zu einer psychoanalytischen Technik würde ich feststellen, an etwas anderes zu denken - Verhaltenstherapie oder Gestalttherapie eventuell, was mir am nächsten liegt von meinem Fachgebiet." (Be 60, Analytiker).

Dem CALVIN Kontext kommt also die Aufgabe zu, kognitive Prozesse bzw. Handlungsentwürfe ethisch zu beurteilen. Die anfänglichen Konzepte oder Hypothesen werden aufgenommen und auf ihre Eignung überprüft. Werden sie prinzipiell akzeptiert, werden sie u.U. modifiziert, um sie in die optimale Form bezüglich Akzeptierbarkeit zu bringen (z.B. durch eine mildere Formulierung des Urteils statt "Borderline-Patientin", "Patientin mit einer frühen Störung"). Dann werden die Konzepte weitergeleitet zu MACHIAVELLI, der diese "Empfehlungen" übernimmt und seinerseits Zufügungen und Vorschläge macht, die er dann wieder an CALVIN zurückgibt.

MACHIAVELLI KONTEXT

MACHIAVELLI übernimmt den Handlungsplan von CALVIN und versucht, allgemeine linguistische und thematische Mittel zu finden, um Hypothesen, die CALVIN's Vorstellungen entsprechen, zu realisieren. Er ist Spezialist für Strategien des Vorgehens bei der Hypothesenüberprüfung, er enthält gespeichert Informationen über das "Know how" bei der Indikationsstellung: welche Informationen sind nötig, um eine bestimmte Hypothese überprüfen zu können ? Welche Strategien der Informationsgewinnung sind dabei am hilfreichsten ? am ökonomischsten ? am zuverlässigsten ? Diese Strategien sind wiederum persönlichkeitspezifisch und schulungsspezifisch. Sie enthalten die Summe aller theoretischen und praktischen Erfahrung des Kliniklers.

Im Beispiel p.164 wird deutlich, dass der betreffende Beurteiler weiss, dass für die Diagnose "Borderline" entscheidend ist, ob der Patient über einen gewissen Realitätsbezug, also gesunde Ich-Anteile verfügt (Abgrenzung gegen Psychose), andererseits aber schwerere Störungen z.B. im erotischen und sozialen Bereich aufweist, als ein "klassischer Neurotiker". Er wird im folgenden Strategien des MACHIAVELLI KONTEXTES mobilisieren, die sich in früheren Fällen bei der Abklärung von Borderline Störungen als erfolgreich erwiesen haben. Solche Strategien mögen aus seiner persönlichen oder beruflichen Erfahrung stammen oder seinem Erfahrungsaustausch mit Berufskollegen oder aus seiner theoretischen Ausbildung.

Wichtig ist, dass wir unterscheiden zwischen dem "Standard-Repertoire" an Strategien der klinischen Urteilsbildung, die als erste zur Anwendung kommen und als das gebräuchliche klinische Handwerkszeug des Beurteilers gelten können. Stehen aber ganz spezifische Fragestellungen oder Konzepte zur Diskussion, kommen sogenannte Spezialprogramme zum Einsatz, die z.B. bestimmte Erfahrungen mit einem Einzelfall enthalten, der an die betreffende aktuelle Problemstellung erinnert. Erwähnenswert ist noch, dass

man als Kliniker bei der Indikationsstellung auch von sogenannten Modeströmungen abhängig ist. Nachdem Kohut in seinem Vortrag in Zürich vom 15.11.77 Strategien bei der Abklärung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen dargelegt hatte, tauchte eine Zeitlang bei jeder Abklärung an der Indikationsstelle des Psychoanalytischen Seminars Zürich die Frage auf, ob man sich denn Gedanken darüber gemacht hätte, wie es mit der narzisstischen Entwicklung dieses Patienten stehe. Nachdem der frische Eindruck etwas verblasst war und einige der Teilnehmer des Seminars auch Kernberg gelesen hatten, wurden wieder andere Strategien bei der Indikationsstellung besonders gepflegt.

Durch die Mobilisierung bestimmter Strategien zur Informationssammlung im Hinblick auf die Hypothesenüberprüfung werden Konzepte, die in der Problemstellung oder der Hypothese enthalten sind, klarer strukturiert und geordnet. MACHIAVELLI ist nicht eigentlich mit der Hypothesenformulierung und Ueberprüfung beschäftigt, sondern gilt als Vermittler zwischen CALVIN und CICERO: er überprüft CALVINS Konzepte in bezug auf die vorhandene Information zur Urteilsbildung, stellt verschiedene konzeptuelle und inhaltliche Eigenschaften klar heraus und gibt sie dann an den CICERO Kontext weiter. Insofern muss er auch eine gewisse Realisierung der Hypothesenüberprüfung überblicken, allerdings hier in einem eingeschränkteren Sinne als bei Clippingers Modell. Als eigentlichen Umweltsimulator, der die Realisierung der Indikationsstellung beurteilt, haben wir einen eigenen Kontext definiert, den MARX KONTEXT. MACHIAVELLI beschäftigt sich vorwiegend mit der Frage: Wie muss ich Informationen beschaffen, um die aktuellen Hypothesen oder Konzepte beurteilen zu können ?

CICERO KONTEXT

Hat MACHIAVELLI die optimalen Strategien zur Informationssammlung im Hinblick auf die Hypothesenüberprüfung ausgewählt, werden diese an CALVIN zur nochmaligen Begutachtung zurückgegeben. Als weiterer Schritt, neben der Informationsbeschaffung via MOZART wird nun das Konzept bzw. die aktuelle Hypothese an den CICERO Kontext weitergereicht. Dieser hat die Aufgabe abzuschätzen, wie eine Einschätzung der Hypothese auf den Empfänger wirken würde und zwar geht es an dieser Stelle vorerst einmal um die psychologische Wirkung auf den Empfänger der Indikationsstellung, die realen Auswirkungen und Konsequenzen der Indikationsstellung werden von MARX Kontext abgeschätzt.

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen:

In dempl44 angeführten Denkprotokoll kommt der Beurteiler schon nach 8 Minuten auf den Verdacht, bei dieser Patientin könnte eine Borderline-Störung vorliegen. Er sucht anschliessend nach Strategien, um aufgrund von mehr Informationen diesen Verdacht zu unterstützen bzw. zu entkräften. MACHIAVELLI übernimmt diese Aufgabe: er sucht nach jenen Strategien, die am schnellsten ermöglichen, die aufgestellte Hypothese zu überprüfen. Nun mag CICERO diesen Prozess unterbrechen, da er findet, die Diagnose "Borderline" sei für die Patientin weder verständlich noch psychologisch erträglich, falls man ihr erklären würde, was dieser Begriff inhaltlich bedeutet. Dies mag dazu führen, dass der ganze Informations- und Entscheidungsprozess vorläufig unterbrochen wird und nach einer anderen Hypothese gesucht wird. Eine andere Möglichkeit ist, dass CICERO überlegt, dass der Empfänger der Diagnosenstellung nicht die Patientin sein soll, sondern vorerst einmal der Kliniker selbst, d.h. dass er sich vorerst einmal sein eigenes Bild der Patientin machen soll und erst nachher überlege, was er davon der Patientin mitteilen werde. Eine weitere Variante wäre, dass als Empfänger eine andere Fachperson, z.B. der zukünftige Therapeut ins Auge gefasst wird, was wiederum den weiteren Prozess massgeblich beeinflusst.

An diesem Beispiel werden die Interventionen der Kontexte deutlich: jeder kann den kognitiven Prozess unterbrechen, wenn gewisse Kriterien tangiert werden, bei CICERO eben die mögliche Auswirkung irgendeiner Entscheidung auf den Empfänger.

Wie gesagt, kann dabei der Prozess ganz unterbrochen werden, oder aber es werden Vorschläge entworfen für eine teilweise Modifikation (z.B. Formulierungsvorschläge oder Auswechslung des Empfängers etc.). Werden die Strategien zur Informationssammlung von CICERO genehmigt*, reicht MACHIAVELLI seinen Plan zum CALVIN Kontext zurück, der ihn nochmals beurteilt und daraufhin zur Durchführung an MACHIAVELLI zurückgibt. Dieser ruft die gewünschte Information ab.

Liegt die verfügbare Information vor, vergleicht MACHIAVELLI diese aktuelle Information mit der gespeicherten und aktivierten, nach dem erwähnten Schätzverfahren (vgl.p.209).

Konkret bedeutet dies, dass der Beurteiler unseres Beispiels (p.144) sämtliche Informationen, die er über die Patientin gewinnen konnte, wie ihr Interviewverhalten, Lebensdaten, genetische Daten, aktuelle szenische Information; äussere Daten wie: Zivilstand, Beruf ect. mit seinem Wissen über Borderline Störungen vergleicht und feststellt, in welchen Punkten die Patientin diesem Wissen entspricht und in welchen nicht. Man könnte diesen Prozess als Vergleich von aktuellen Daten mit einem Stereotyp: Borderline-Störung (vgl. 5.5.9) suchen. Entspricht die Information in wesentlichen Zügen dem Stereotyp, wird die Patientin als Borderline diagnostiziert, widersprechen hingegen charakteristische Strukturen, wird die Diagnose verworfen oder teilweise modifiziert; ev. noch mehr Information gesucht. Diese Entscheidung ist nicht eine einfache Entweder-Oder Prozedur, sondern ein komplexer Abwägungs- und Schätzprozess, der wiederum von eigenen Kriterien abhängt.

*Dem Leser mag vielleicht die Frage auftauchen: ob die Kompetenz der Genehmigung nicht CALVIN zukommt. In unserem Modell (wie auch in Clippingers) verfügt jeder Kontext über eine gewisse Autonomie, also auch über eine Entscheidungskompetenz bei Fragen, die Kriterien seines Kontextes betreffen (hier z.B. "sprachliche" und "Empfänger-adäquate" durch CICERO). CALVIN fällt allerdings die letzte, "globale" Entscheidung über die Akzeptierbarkeit eines Konzeptes; er gibt das grüne Licht zum out-put.

Das Resultat des Schätzprozesses wird nun an CALVIN Kontext zurückgegeben, der die Kriterien für die eigentliche Entscheidung enthält. Es sind folgende Varianten denkbar:

- a) die gesammelte Information entspricht in den entscheidenden Punkten den gespeicherten: die Hypothese wird angenommen, die Patientin mit der entsprechenden Diagnose versehen.
- b) die gesammelte Information widerspricht in wesentlichen Punkten den gespeicherten: die Hypothese wird verworfen, z.B. die Patientin als "nicht Borderline" eingestuft. Ein neuer hypothesengenerierender Prozess wird eingeleitet.
- c) die gesammelte Information wird aufgrund von CALVIN Kriterien als ungenügend bezüglich einer Entscheidung beurteilt, es wird keine Entscheidung gefällt, sondern das Konzept wird an MACHIAVELLI zurückgereicht, der neue Strategien zur zusätzlichen Informationsgewinnung ausarbeiten soll.

Dem psychoanalytisch geschulten Leser wird die Frage auftauchen, ob MACHIAVELLI dem Ich des psychoanalytischen Strukturmodells entspricht. Dies ist nicht genau der Fall, da jeder Kontext über gewisse Entscheidungsprozesse und Handlungsprogramme verfügt. Wichtig ist, dass CALVIN die entscheidende Instanz ist und schliesslich den Befehl zum Output d.h. zur Urteilsformulierung gibt. Es ist auch einleuchtend, dass die Entscheidungskriterien stark variieren, je nach Persönlichkeit und Schulung des Beurteilers. Ein Beurteiler mag schon aufgrund weniger übereinstimmender Informationen eine Diagnose oder eine Indikation stellen (z.B. hat die Patientin das Geld, soll sie doch auf jeden Fall eine Psychoanalyse machen, "eine Psychoanalyse ist immer das Beste"). Ein anderer wagt eine solche Entscheidung erst nach umfassender Informationssammlung, z.B. nach mehreren Gesprächen, die er selbst mit der Patientin führt und lehnt es aus eigenen, ethischen Gründen ab, aufgrund weniger Information eine Indikation zu stellen.

Wird die vorläufige Hypothese verworfen, geht der Prozess zurück an MOZART, der eine neue generieren muss. Man darf sich allerdings den Prozess wiederum nicht linear vorstellen. Wird eine bestimmte Hypothese bzw. ein Konzept (hier z.B. mehrere Hypothesen über die Patientin) angenommen, durchläuft sie nochmals den CICERO Kontext, wo sie wiederum auf ihre psychologische Akzeptierbarkeit für den Empfänger überprüft wird. Je nachdem wird sie zurückgefordert oder, falls angenommen, in die entsprechende sprachliche Formulierung gebracht, an den MARX Kontext weitergegeben.

MARX KONTEXT

Dem MARX Kontext kommt die wichtige Aufgabe zu, die realen Konsequenzen abzuschätzen, die eine getroffene Entscheidung z.B. eine Diagnose oder eine Indikationsstellung sowohl für den Empfänger der Entscheidung wie auch für den Indikationsstellenden hat. Man kann ihn als Aussenweltsimulator verstehen: er versucht in einem kognitiven Probehandeln durchzuspielen, wie sich die getroffene Entscheidung in der Realität verwirklichen lässt und zu welchen Konsequenzen sie führt. Als Illustration wiederum ein Beispiel:

Eine junge Mutter von vier Vorschulkindern aus einer ländlichen Gegend wird vom Hausarzt zum Psychiater in die nächste Stadt (60 km von ihrem Dorf) geschickt, weil sie seit der letzten Geburt unter einem schweren Putzzwang leidet, durch den sie in ihrer eigenen Lebensgestaltung aber auch in der Erfüllung ihrer Aufgaben als Hausfrau schwer eingeschränkt ist. Die psychologische Abklärung ergibt ein eindeutiges psychodynamisches Bild einer "klassischen Zwangsneurose" und für den betreffenden Psychiater die "ideale Indikation": grosse Psychoanalyse. Nun werden sich aber eine Reihe praktischer Fragen stellen: Kann diese Frau wöchentlich viermal in die Stadt reisen ? (es gibt keine Analytiker in der näheren Umgebung). Reichen die finanziellen Mittel aus, um eine Psychoanalyse zu bezahlen ? (In der Schweiz leisten die Krankenkassen höchstens einen freiwilligen Beitrag zu dieser Behandlung). Wie stellt sich der Ehemann dazu ? Welche Konsequenzen hat eine Psychoanalyse für diese Frau in Bezug auf ihre Verankerung in der ländlichen Sozialstruktur, wo es in den Augen der Leute nur "Spinner" nötig haben, zum Psychiater zu gehen ? Wie wirkt sich eine intensive Behandlung auf ihre Beziehung zu ihren Kindern aus ? Welche realen Möglichkeiten bieten sich für die Frau, wenn sich Veränderungswünsche auf-

grund von Einsichten in der Analyse einstellen ? Wo liegen die Freiräume, die sich aufgrund neu erworbener innerer Möglichkeiten in der Realität erwerben könnte ?

Diese Fragen haben eine grosse Tragweite. Ihre Beantwortung wird die Indikation wesentlich beeinflussen, die reale Indikation mag sich von der idealen weit unterscheiden.

Die Relevanz äusserer Faktoren auf die Indikationsstellung ist dem Praktiker nur zu bekannt. Wenn in der Klinik mit rund 100 Patienten 2 halbtags angestellte Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, ist die Indikation bald gestellt. Und in der Privatpraxis ist die Frage nach der Grösse des Portemonnaies leider manchmal die einzig wirklich entscheidende Indikationsfrage. So einleuchtend diese Zusammenhänge für den Praktiker sind, so bedenklich ist es, dass in der Indikationsliteratur diese Fragen kaum aufgeworfen werden.

Die meistdiskutierten Indikationskriterien, vor allem in der psychoanalytischen Literatur, sind rein theoretischer Natur: wie etwa Ich-Stärke, Motivation, Leidensdruck, Abwehrstruktur etc. Die Bedeutung der realen Faktoren und ihre Negation in der Fachliteratur hat uns dazu bewogen, MARX als eigenen Kontext zu definieren und ihm auch den etwas provokativen Namen seines berühmten historischen Vorbildes zu geben. Es hat wahrscheinlich viel mit dem Sein des Klinikers zu tun, ob er zu diesen Variablen der klinischen Urteilsbildung ein Bewusstsein entwickelt hat und diesen Problemkreis in seinen Indikationsstellungen reflektiert. MARX hat also die Aufgabe, die "reale Indikation" auf ihre Durchführbarkeit in der Realität zu überprüfen und entsprechende Vorschläge zur Modifikation oder Akzeptierbarkeit zu machen. Irrtümlicherweise mag der Eindruck entstehen, dass der Kontext erst in den Schlusstadien des kognitiven Prozesses in Funktion tritt.

Natürlich spielen MARX -Gesichtspunkte, wie die der anderen Kontexte, von Anfang an eine Rolle. Hat er einen Vorschlag ausgearbeitet, gibt er ihn an den CALVIN Kontext zurück, der ihn einer erneuten Beurteilung unterzieht, ihn dann endgültig annimmt und zur Realisierung in der Gesprächssituation weitergibt, erneuten Modifikationen unterwirft (z.B. durch zusätzliche Informationssammlung und -überprüfung im MACHIAVELLI und CICERO Kontext) oder (wegen Undurchführbarkeit) ablehnt und den kognitiven Prozess erneut in Gang bringt mit einem Befehl an MOZART zur nochmaligen Hypothesengenerierung.

FREUD KONTEXT

FREUD ist der Philosoph des Hauses: er reflektiert alle Stadien des kognitiven Prozesses und fragt nach dem "Warum" bestimmter Überlegungen und dem Zustandekommen von Entscheidungen und Verhalten. Er steht für die Introspektionsfähigkeit des Klinikers, Kontrollmechanismen über Kognition zu erkennen und zu verändern. FREUD kann nicht ungehindert funktionieren, wie alle andern Kontexte kann er auch durch Interventionen aus andern Aktionszentren in seinen Prozessen unterbrochen werden. Das bekannteste Beispiel ist das Intervenieren durch CALVIN, der es z.B. unzulässig finden kann, eigenen Unsicherheiten bei der Indikationsstellung nachzugehen um deren Gründe herauszufinden: "Ein Experte hat doch dies zu wissen..." mag eine seiner Maximen sein, die die Introspektionsfähigkeit stark einschränken. Deshalb unterscheiden sich die Kliniker, wie noch aufzuzeigen ist, stark bezüglich ihrer selbstreflektiven Kapazität. Eines der Hauptanliegen dieser Arbeit ist, den Urteilsprozess bei der Indikationsstellung für den Kliniker transparenter zu machen: d.h. in dieser Modellvorstellung dem Kliniker zu einem vermehrten Funktionieren der Selbstreflexion, d.h. des FREUD Kontextes, zu verhelfen. Gibt es schon keine abgestützte Metatheorie der Indikationsstellung, ist es für den einzelnen Kliniker und den betroffenen Patienten besonders wichtig,

dass er beurteilen kann, aufgrund welcher Gründe und Einflüsse er zu seinem Urteil kommt. Ein "idealer" Indikationssteller verfügt folglich über einen optimal funktionierenden FREUD Kontext, der die einzelnen Stadien seines kognitiven Prozesses bewusst wahrnimmt und reflektiert.

Diese Selbstreflektion kann natürlich kognitive Prozesse anderer Kontexte unterbrechen, z.B. indem erkannt wird, dass eine Strategie der Urteilsbildung (MACHIARELLI) bei dem betreffenden Patienten inadäquat ist und durch eine andere ersetzt werden muss. Das eindrücklichste Beispiel ist wohl die Reflektion des Einflusses eigener Identifikationen und Wertvorstellungen auf den Urteilsprozess (d.h. CALVIN-Programme werden unterbrochen, modifiziert etc.). Ein Beurteiler unserer Untersuchung hat dies so formuliert:

"Als ich anfang zu studieren, hatte ich so das Gefühl, viel zu verstehen von Psychologie - wir hatten in der Mittelschule einen fantastischen Psychologielehrer. Der konnte einem so einen grossen Ueberblick vermitteln. Doch dies hat sich radikal geändert, das Studium hat mich sehr verunsichert. Momentan getraue ich mich z.B. kaum noch irgendetwas über Psychoanalyse zu erzählen, eigentlich verstehe ich nichts davon, könnte also auch hier nicht sagen, ob ein psychoanalytisches Verfahren für diese Patientin angezeigt ist. Ich halte mich lieber an die Verhaltensmodifikation, die habe ich wenigstens etwas gelernt und fühle mich sicherer, wenn ich über solche Techniken etwas erzähle. Und da könnte ich mir auch konkret vorstellen, dass man mit dieser Patientin z.B. ein Selbstsicherheitstraining nach Ulich durchführen könnte..." (Beurteiler, 21, Student).

Die (wahrscheinlich recht schmerzhaft) Einsicht in die Begrenztheit eigenen Wissens ermöglicht dem Beurteiler eine gewisse Analyse seiner Situation als Indikationssteller und der Zuverlässigkeit seiner Aussagen. Z.B. könnte er nun einem Patienten mitteilen, dass er die Indikation von einem verhaltenstherapeutischen Standpunkt her stellt und ihm dadurch ermöglichen, den Urteilsprozess wenigstens teilweise nachzuvollziehen.

6.3.3

Darstellung vorliegender empirischer Befunde und Vorarbeiten

U.E. gibt es bis jetzt noch keine Untersuchung, die versucht, Modelle der Künstlichen Intelligenzforschung auf sprachliches klinisches Material anzuwenden und inhaltsanalytisch zu untersuchen. Wir selbst führten verschiedene Vorarbeiten durch. Z.B. versuchten wir, bevor wir auf die erwähnten Modelle aufmerksam gemacht wurden, Denkprotokolle nach einem iterativen Verfahren anlehnend an Lüer (1973) und Dörner (1974) auszuwerten. Die systematischen Vorarbeiten mit unserem theoretischen Modell werden unter 6.3.4.6 (Pretests) referiert. Bei der Entscheidung, nicht nach anderen inhaltsanalytischen Methoden vorzugehen, spielte unsere Erfahrung mit der Kontingenzanalyse nach Osgood in einer früheren Untersuchung mit (Loepfe, Meyer, Schiess und Sluzalek, 1975). Wir waren bei der Anwendung dieser Methode auf grosse praktische Schwierigkeiten gestossen (z.B. Wahl der berücksichtigten Texteinheit, Definition des Kategorienkatalogs, statistisches Testverfahren etc.). In weiteren Vorarbeiten versuchten wir bestehende Wörterbücher (z.B. das Hamburger Kommunikationssoziologische Wörterbuch (HWK) von Deichsel (1973, 1975) und Tiemann (1973) auf Denkprotokolle anzuwenden. Sie erwiesen sich aber als zu unspezifisch zur Untersuchung unserer Fragestellung

6.3.4 Durchführung der Analyse

6.3.4.1 Zubereitung des Materials

Das "laute Denken" wurde auf Tonband aufgezeichnet. Davon erstellten wir ein Transkript, das auch die nonverbalen Anteile miterfasste (wie "räuspern", "husten", Pausen, in Sekunden etc.) Tonband und Transkript wurden nochmals genau verglichen, bevor der endgültige Text vollständig in den Computer eingegeben* wurde. Aus den unter 6.2 diskutierten Gründen reduzierten wir das Datenmaterial (von den 170 Denkprotokollen wurden 88 für die EDV eingegeben). Die restlichen Denkprotokolle benutzten wir z.T. für die Pretests und zur Theoriebildung. Die Auswahl der Denkprotokolle erfolgte nach dem Zufallsprinzip.

6.3.4.2 Problemstellungen und Hypothesen

Wir formulieren im folgenden, basierend auf unserer Fragestellung und Vorannahme, drei Problemstellungen und leiten aus ihnen die Hypothesen ab, die weiter untersucht werden. Allerdings haben die Hypothesen nicht den gleichen Stellenwert wie im entscheidungsstatistischen Teil (5), sondern entsprechen vielmehr unseren Vermutungen bezüglich unserer Befunde (aufgrund "objektiver" computerunterstützter Daten und des Ratings) in den Denkprotokollen.

Vereinfacht gesagt stehen unsere drei Problemstellungen in folgender Beziehung zueinander:

In der ersten Problemstellung erklären wir, warum der Kliniker sich bei der Indikationsstellung in einer Konfliktsituation befindet (Paradigmakonkurrenz, kein allgemeingültiges Paradigma):
KONFLIKTBESCHREIBUNG.

*Der Text musste für die EDV mit bestimmten Symbolen versehen werden, vgl. Drewek 1980.

In der zweiten Problemstellung weisen wir darauf hin, was die Gesellschaft implizit und vorläufig in dieser berufspolitischen oder wissenschaftshistorischen Situation dem einzelnen Kliniker als Lösungsvorschlag anbietet (Identifikation mit einer bestimmten Schule):

KOLLEKTIVE PROBLEMLÖSUNG.

Dieser kollektive Lösungsvorschlag ist aber insofern problematisch, als er eine Indikationsstellung im eigentlichen Sinne verunmöglicht, nämlich eine Indikationsstellung, die wirklich verschiedene psychotherapeutische Ansätze berücksichtigt, weil der einzelne Kliniker nur fundierte Kenntnisse in einem bestimmten Verfahren aufweist. Sie ist also nicht eine eigentliche Konfliktlösung, sondern so etwas wie eine kollektive Abwehr des Problems.

Die dritte Problemstellung befasst sich nun mit der individuellen Problemlösung des Klinikers, seinem spezifischen Umgang mit der Konfliktsituation: INDIVIDUELLE PROBLEMLÖSUNG.

Alle 3 Dimensionen drehen sich in irgendeiner Weise um den Einfluss von Konflikten auf die kognitiven Prozesse des Klinikers bei der Indikationsstellung. Wir verfolgen die beiden ersten Dimensionen nicht sozialpsychologisch, sondern individual-psychologisch, in ihrer Auswirkung auf kognitive Prozesse individueller Beurteiler.

Unser Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung wurde stark im Hinblick auf die Erklärbarkeit kognitiver Konflikte konzipiert. Wir versuchen deshalb, verschiedene Aspekte der Problemstellungen und Hypothesen in die Begriffssprache unseres Modells zu fassen und dadurch den Bezug dazu aufzuzeigen.

1. Problemstellung:

Die Paradigmakonkurrenz der einzelnen psychotherapeutischen Schulen beeinflusst den Urteilsprozess der Kliniker. Je nach institutionellem Setting, in dem sie sich während der Indikationsstellung befinden, stehen sie in unterschiedlichen Konfliktsituationen, die ihre Vorgehensweise und ihre Entscheidung bei der Indikationsstellung mitprägen.

Durch die aktuelle gesundheitspolitische Situation (z.B. die bevorstehende gesetzliche Regelung des Status der Psychotherapeuten in der BRD und der Schweiz) kann die Existenz anderer psychotherapeutischer Schulen nicht mehr negiert werden. Dies führt zu einer vermehrten Spannung und Unsicherheit bei der Indikationsstellung, besonders im Rahmen eines wissenschaftlichen Experimentes, das den Nimbus der "Wissenschaftlichkeit", der "Objektivität" etc. hat und im Beurteiler den Anspruch erweckt, bei seiner Indikationsstellung seriös und kompetent zu sein. Da es keine übergreifende Theorie der Indikationsstellung gibt, die ermöglicht, sich bei seinem Urteilsprozess auf empirisch abgestützte und dadurch mehr oder weniger unanfechtbare Kriterien zu verlassen, gerät man als Kliniker in eine persönliche Konfliktsituation. Doch nicht nur im Rahmen eines Experiments prägen Konflikte die klinische Urteilsbildung: jedes Setting, in dem Indikationsstellungen geschehen, weist Randbedingungen auf, die in den Urteilsprozess eingreifen (z.B. Konkurrenzsituation mit anderen Therapeuten in der Privatpraxis, reales Therapieangebot und Ueberweisungsmöglichkeiten in den Institutionen, Behandlungsdruck in öffentlichen Institutionen mit "Recht auf Behandlung" etc.).

Hypothesen

- a) Die Beurteiler, die ihre eigenen Konflikte bei der Indikationsstellung erkennen, zeigen einen stark ausgeprägten FREUD-Kontext und eine Reflektion besonders des CALVIN- und MARX -Kontextes. Sie äussern sich explizit zu der Rivalitätssituation mit andern Schulen, welchen Einfluss dies auf ihre Urteilsbildung ausübt und welche Konflikte sich daraus in ihrer Praxissituation ergeben.
Doch diese Beurteiler sind in der Minderheit - die meisten Praktiker wehren die Konflikte ab und sind sich nicht bewusst, dass ihre Indikationsstellung davon beeinflusst ist.
- b) Die Inhalte der Kontexte bei einzelnen Klinikern (z.B. des CALVIN-Kontextes) sind geprägt von ihren Erfahrungen in dem Setting, in dem sie arbeiten.
- c) Bei Beurteilern, die in der Privatpraxis arbeiten, sind vermutlich die Konflikte, die durch die Konkurrenz mit andern Therapeuten entstehen, besonders deutlich und in ihrem Einfluss auf die kognitiven Prozesse verfolgbar.

- d) Studenten, die kurz vor dem Studienabschluss sind und sich mit der Stellensuche und der Wahl einer therapeutischen Identität beschäftigen müssen, sind wahrscheinlich besonders sensibilisiert auf die oben beschriebenen Konflikte bei der Indikationsstellung. Es ist zu erwarten, dass bei ihnen Störungen in ihrem Urteilsprozess auftauchen, bedingt durch ihre mangelnde Abwehrmöglichkeit und Reflektion der Konflikte in ihrer unsicheren Lebenssituation u.a.
- e) Die Psychiatrieassistenten müssen vermutlich ihre Konflikte besonders stark abwehren, weil bei ihnen die Diskrepanz zwischen der Rollenerwartung der Institution (Abteilungsarzt mit grossen Kompetenzen) und ihrem Wissen (oft direkt nach Staatsexamen ohne Ausbildung in Psychotherapie) besteht.

2. Problemstellung:

Die Identifikation mit einer bestimmten psychotherapeutischen Schule kann als gesellschaftlicher und persönlicher Schutz des einzelnen Kliniklers betrachtet werden, wie auch als eine Lösung der Konfliktsituation bei der Indikationsstellung. Sie bestimmt wesentlich den klinischen Urteilsprozess.

Der Anschluss an eine bestimmte Fachrichtung bietet einmal einen Schutz gegen aussen ("man gehört zu einer gesellschaftlich anerkannten Richtung, die z.B. gesetzlich legitimiert ist (oder werden soll) was auch finanzielle Folgen haben kann, z.B. in der BRD, wenn Krankenkassen für psychoanalytische Behandlungen bei Mitgliedern der DGPPPT bezahlen). Es ist aber auch ein Schutz gegen innen (z.B. vor eigenen Insuffizienzgefühlen während der Indikationsstellung, bei der man sich in diesem Falle an das Indikationswissen der betreffenden Schule hält und sich nicht damit konfrontieren muss, dass man von andern Richtungen nichts versteht, also im Grunde genommen auch keine Indikation stellen kann, die über das eigene Verfahren hinausgeht).

Hypothesen

- a) Unabhängige Rater können aufgrund der Denkprotokolle die Schulzugehörigkeit des Beurteilers herausfinden: also schulenspezifische Denkstile feststellen.
- b) Die Schulenzugehörigkeit zeigt sich u.a. in der Präferenz für bestimmte individuelle Problemlösungstypen ihrer Angehörigen.
- c) Die Wortschatzanalyse kann uns Hinweise geben auf schulenspezifisches Wissen (als Databasis im LTM).

- d) Bei der Beurteilergruppe "Analytiker" ist die Prägung und Identifikation mit der eigenen Richtung am deutlichsten erkennbar.
- e) Die Studentengruppe weist noch keinen spezifischen Wortschatz auf, sondern verwendet Fachbegriffe aus verschiedenen Schulen (analog zu ihrem Ausbildungsstand).

3. Problemstellung: Die Denkstile der einzelnen Kliniker sind wesentlich durch ihren Umgang mit den Konflikten der Indikationsstellung bestimmt. Wir können verschiedene Problemlösungsstrategien erkennen, die den Urteilsprozess bei der Indikationsstellung charakterisieren. (unterschiedliche Funktionsweisen der kognitiven Kontexte und ihrer Interaktion).

Werden die Konflikte, die durch die Aufgabe einer seriösen (wissenschaftlich fundierten) Indikationsstellung entstehen, reflektiert, erfährt die kognitive Spannweite (vgl. French, 1954) keine Einschränkung: verschiedene Konfliktdimensionen können durchdacht und in ihrem Einfluss auf die eigene Urteilsbildung verfolgt werden. Die kreativen Fähigkeiten können sich voll entfalten. In der Begriffssprache unseres Modells: der FREUD-Kontext ist uneingeschränkt wirksam. Er stellt die Funktionsweise der einzelnen Kontexte wie auch die Interaktion zwischen verschiedenen Kontexten fest: dem Kliniker ist bewusst, aufgrund welcher Ueberlegungen (interrupts aus den verschiedenen Kontexten) er zu welchen Folgerungen kommt. Diese optimale Transparenz der eigenen kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung ist ein Idealfall. In der Praxis werden kognitive Prozesse nur bis zu einem gewissen Grade bewusst ablaufen und reflektiert. Wir können verschiedene Typen von Problemlösungsstrategien charakterisieren, die sich zwischen den beiden Polen: optimale Reflexion und keine Reflexion (bedingt z.B. durch eine starke Abwehr der latenten Konflikte, die die kognitive Spannweite einschränkt) lokalisieren lassen.

Hypothesen:

- a) Wir können aufgrund der Denkprotokolle entscheiden, ob die Kliniker ihre eigenen Konflikte reflektieren und (u.a. dadurch z.B. über eine grosse kognitive Spannweite verfügen) oder sie diese stark abwehren (und dadurch in ihren kognitiven und kreativen Möglichkeiten stark eingeschränkt sind).
- b) Wir können verschiedene Problemlösungstypen bei unseren Beurteilern definieren, die z.B. charakteristische Interventionsweisen der kognitiven Kontexte und typische Merkmale der logisch-konsekutiven Dimension unseres Modells zeigen.
- c) Kliniker, die ihre eigenen Konflikte bei der Indikationsstellung stark abwehren, können wenig auf den betreffenden Patienten eingehen, weisen u.U. Wahrnehmungsstörungen auf und sind in ihrer Möglichkeit, adäquate Indikationen zu stellen, eingeschränkt.
- d) Die Kapazität, eigene Konflikte zuzulassen und zu reflektieren, hat einen persönlichkeitspezifischen, einen schulungsspezifischen und einen settingspezifischen Anteil. Hinweise dazu können wir aus der Wortfeldanalyse erhalten.
- e) Aufgrund des Ausbildungsschwerpunktes: Analyse von Uebertragung und Gegenübertragung ist anzunehmen, dass die Analytikergruppe sich durch eine besonders hohe Konfliktreflektion auszeichnen.

6.3.4.3 Das Kategoriensystem

Ein Kategoriensystem soll uns ermöglichen, in den Denkprotokollen sprachliche Indikatoren für den Ablauf von kognitiven Prozessen in den einzelnen Kontexten zu finden.

Als erstes mussten wir entscheiden, ob wir eine maschinelle Auswertung (Coding nach Roistacher, 1975) oder eine Einschätzung durch Rater (Rating) ins Auge fassen wollten.

Die Uebernahme eines bestehenden Wörterbuches (z.B. des Hamburger Kommunikationssoziologischen Wörterbuchs (HWK) von Deichsel (1973, 1975) und Tiemann (1973) schien uns für unsere Zwecke ungeeignet, da die darin enthaltenen Begriffe zu unspezifisch für unsere Fragestellung waren und wir auch aus ökonomischen Gründen auf eine Entwicklung eines validen Kategoriensystems, ausgehend von einem solchen Wörterbuch, verzichten mussten.

Nach Roistacher (1975) verwendet man auch heute noch Rater, wenn es darum geht, in einem Text komplizierte Sinnzusammenhänge zu erfassen, die nur unter grossem Aufwand so operationalisierbar sind, dass sie auf der Stichwortebene fassbar und maschinell codierbar werden. Um die Identifizierung komplexer Sinnstrukturen handelt es sich bei unserer Fragestellung, bei der es z.B. darum geht, festzustellen, ob einer gewissen sprachlichen Äusserung ethische Überlegungen (kognitive Prozesse des CALVIN-Kontexts) zugrunde liegen. Bei der Identifizierung solch komplexer Sinngestalten sind wir vorläufig auf das menschliche Gehirn angewiesen. Dies zeigte eindrücklich die 600-seitige Studie von Roistacher, die mit einem bestehenden Wörterbuch, dem General Inquirer von Stone, arbeitete, um psychotherapeutische Prozesse zu beschreiben. Sie konnte trotz der maschinellen, sehr aufwendigen Auswertung nicht darauf verzichten, die Texte der therapeutischen Sitzungen abschliessend noch durch psychoanalytische Experten beurteilen zu lassen. Deshalb entschlossen wir uns zu einem kombinierten Vorgehen: Rater sollten das Vorhandensein und die Intensität der kognitiven Prozesse aus einzelnen Kontexten einschätzen, die sich im Denkprotokoll niederschlagen. Als Kontrolle wurde ein beschränkter, in Pretest entwickelter Stichwortekatalog definiert, der sprachliche Indikatoren für die einzelnen Kontexte enthielt. Mit diesem Stichwortekatalog wurden die Denkprotokolle zusätzlich codiert (d.h. computerunterstützt ausgewertet). Die Ergebnisse des Ratings und des Codings konnten so einander gegenübergestellt werden.

Entwicklung des Kategoriensystems für das Handrating

Für einen ersten Pretest entwickelten wir ein detailliertes Kategoriensystem (18 Seiten), das versuchte, auf der Satzebene (als "Sinneinheit") Äusserungen aufgrund der einzelnen kogni-

tiven Kontexte zu definieren. Es zeigte sich, dass das Kategoriensystem nicht praktikabel war (z.B. dauerte die Beurteilung eines Denkprotokolle in der Regel 2 1/2 Stunden). Zudem war fraglich, ob die Kategorien erschöpfend, sich wechselseitig ausschliessend und unabhängig (vgl. Ritsert, p. 51) waren. In weiteren Pretests stellte sich heraus, dass es am sinnvollsten war, die Rater anhand von Beispielen so gut zu schulen, dass sie die sprachlichen Äusserungen der einzelnen kognitiven Kontexte direkt, ohne ein dazwischen geschaltetes Kategoriensystem beurteilen konnten. Durch die intensive Schulung (an Denkprotokollen, die nicht in der computerisierten Stichprobe enthalten waren) wurde eine gute Interraterreliabilität (vgl. 6.3.4.6) erzielt. Zudem wurde den Ratern eine übersichtliche Kurzfassung der Theorie der kognitiven Kontexte mit Beispielen zur Verfügung gestellt, in der sie bei Unklarheiten nachschauen konnten.

Zum Beispiel lautete die Kurzfassung^{*} für den Mozart Kontext folgendermassen:

1. M O Z A R T - K O N T E X T (Informationsselektor)

Der MOZART-KONTEXT enthält jene "Programme", die die Wahrnehmung des Klinikers aufgrund seiner früheren Erfahrungen steuern. Sie ermöglichen ihm, relevante von irrelevanter Information zu unterscheiden und auffällige Strukturen in einer Menge von Informationen zu erkennen, also gezielt wichtige Information zu selektieren. Dies führt zu einer "gestalthaften", strukturierenden Wahrnehmung: die neu einkommende Information wird, vorerst einmal unbewusst oder vorbewusst, mit analogem gespeichertem Wissen in Verbindung gebracht.

Beispiele

Um die Wirkung des MOZART-KONTEXTES sprachlich zu verfolgen, ist besonders der Anfang der Denkprotokolle wichtig: Merkt der Beurteiler, dass er aus der Menge möglicher Informationen einige ganz spezifische herausgreift? (a)

* Vollständige Anweisung an die Rater: vgl. Originalarbeit Leuzinger 1980, p. 261-73.

Reflektiert er diese Selektion? Versucht er sie zu begründen, indem er sie z.B. als seine übliche Art des Vorgehens bei der Indikationsstellung charakterisiert? (b)

ad a): Beispiele für sprachliche Äusserungen, die auf die Wirkung des MOZART-KONTEXTES schliessen lassen:

"Schon ganz am Anfang ist mir aufgefallen, dass die Patientin so komisch im Zimmer umherguckt ..."

"Zuerst einmal zum Nonverbalen ..."

"Mir besonders wichtig war am Anfang, dass sie sich auf die Ecke des Stuhles setzte ..."

Es sind sprachliche Hinweise, die auf die (anfängliche) Selektion von Information deuten,

Sprachliche Indikatoren sind: zuerst einmal, der erste Eindruck, auffallend, wichtig, zentral, hervorstechend (bezogen auf Informationen) Hauptsache/Nebensache, im Vordergrund steht für mich, ... ist eher im Hintergrund

ad b): Beispiele für die explizite Reflektion dieser Informationsselektion durch den Beurteiler.

"In der Regel beschäftige ich mich zuerst mit der äusseren Erscheinung der Patientin ..."

"Für mich jeweils besonders relevant sind die ersten paar Minuten des Interviews ..."

Indikatoren sind direkte Äusserungen zu der Wahrnehmung des Klinikers, dass er die spezifische Selektion der Information erkennt und als seine übliche oder spezifisch für diesen Fall angebrachte Informationsselektion schildert. Die Reflektion muss nicht in extenso ausgeführt werden, aber klar erkennbar sein. Die Intensität wird zusätzlich auf der 50mm Strecke eingeschätzt.

Die beiden obigen Beispiele stehen für "schwache Reflektion", das folgende als "starke Reflektion":

"Es ist immer ein Problem, welche Information man auswählt. Schon nach wenigen Augenblicken Interview hat man eine derart grosse Fülle von Informationen, dass man gezwungen ist, zu selektieren. Aber trotzdem habe ich ein ungutes Gefühl dabei, oft wird nämlich durch diese Selektion, die ich manchmal nicht einmal bewusst wahrnehme, die Indikation schon vorweggenommen. Ich habe mir deshalb eine eigene Strategie entwickelt: zuerst versuche ich mir bewusst zu werden, was mir bei dem betreffenden Patienten zuerst auffällt, frage mich dann, warum dem so ist und gehe von dort aus weiter zu einer systematischen Abrufung der erhaltenen Informationen ..."

Die Rater hatten zwei Aufgaben: die Einschätzung einiger globalen Fragen zu den Denkprotokollen ("globales Rating", vgl. p.190) und die Einschätzung der Wirkung kognitiver Kontexte ("kontext-spezifisches Rating, vgl. p.192).

GLOBALES RATING

Denkprotokoll Gruppe Rater

1. Ausbildung

Handelt es sich bei dem vorliegenden Beurteiler

- um einen Psychologiestudenten?
- um einen Psychiater (ohne analytische Ausbildung)?
- um einen Freud'schen Psychoanalytiker?
- um einen psychologischen Laien?

2. Klinische Erfahrung

Hat der Beurteiler

- viel klinische Erfahrung?
- wenig klinische Erfahrung?

3. Arbeitssetting

Arbeitet der Beurteiler

- in einer Institution (Psychiatrie, etc.)?
- in einer Privatpraxis?
- nicht psychologisch oder psychiatrisch?

4. Konfliktbewusstsein

Haben Sie aufgrund des Denkprotokolls den Eindruck, dass der Beurteiler seine eigenen Konflikte bei der Indikationsstellung (keine Metatheorie, kein gültiges empirisches Wissen etc.) reflektiert?

wenig sehr

5. Patientenzentrierte Indikationsstellung

Kann der Beurteiler auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen?

wenig sehr

6. Indikationsstellung

Wie gut gelingt Ihrer Meinung nach die Indikationsstellung?

schlecht gut

Zur Einschätzung der 6. Frage wurde folgende Instruktion gegeben:

"Wie Sie wissen, gibt es keine umfassenden, wissenschaftlich abgestützten Kriterien zur Beurteilung der 'Güte der Indikationsstellung'. Beurteilen Sie deshalb das Gelingen der Indikationsstellung von zwei subjektiven Standpunkten aus:

- a) Versetzen Sie sich in die Lage der Patientin, für die die Indikation gestellt wird. Wie gut könnten Sie (aufgrund des Denkprotokolls) dem Kliniker in seiner Indikationsentscheidung vertrauen ? Wie löst er für Sie die Aufgabe der Indikationsstellung ? Wie zuverlässig ? Wie differenziert ? etc.
- b) Rekurrieren Sie auf Ihr Fachwissen (auch wenn dies begrenzt ist). Wie gut gelingt dem Kliniker nach Ihren fachlichen Kriterien die Lösung der gestellten Aufgabe ? Wie differenziert sind seine Ueberlegungen im Denkprotokoll ? Wie abgestützt ? Wie zuverlässig ? Wie umfassend ? etc. ..."

EATING ZUM SPRACHLICHEN NIEDERSCHLAG DER KOGNITIVEN KONTEXTE IN DEN DENKPROTOKOLLEN

Denkprotokoll Gruppe Rater

a)

Wirkung im Denkprotokoll
erkennbar?

☐ ja ☐ nein ☐ ?

b)

Wirkung vom Beurteiler
explizit reflektiert?

☐ ja ☐ nein ☐ ?

MOZART - KONTEXT
("Informations-Selektor")

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

CALVIN - KONTEXT
("Zensor")

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

MACHIAVELLI - KONTEXT
("Strategie" der Urteilsbildung)

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

CICERO - KONTEXT
("Umsetzer" von Gedanken in Worte)

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

BARX - KONTEXT
("Ausschweissimulator")

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

schwach stark

☐ ja ☐ nein ☐ ?

ERLUD - KONTEXT
("Selbstreflektor")

schwach stark

schwach stark

6.3.4.4 Akzente bei der Durchführung der Analyse

Durch das Coding erhalten wir eine Frequenzmessung der einzelnen Stichworte. Im Rating, in dem wir differenzierte kognitive Prozesse bzw. deren sprachlicher Niederschlag in den Denkprotokollen einschätzen, berücksichtigen wir die Präsenz (kontext vorhanden / nicht vorhanden), die Intensität (auf der 50 mm Strecke angegeben), die Singularität (auch eine einzelne Äußerung genügt) den Kontext (Sinneinheiten werden eingeschätzt, nicht einzelne Stichworte) wie auch , allerdings nur bei einer Frage: die Latenz (Frage 4 des globalen Ratings: Umgang mit latenten Konflikten). (vgl. Ritsert a.a.O.p.47).

6.3.4.5 Texteinheiten

Wir betrachten die beiden Denkprotokolle eines Beurteilers als natürliche Einheit (vgl. 4.)

Sie sind unsere "context units" (Ritsert, a.a.O., p. 57).

Als "recording unit" definierten wir, wie üblich für Intensitätsanalysen, ganze Sätze (Aussagen). Bekanntlich schwankt der Umfang unserer Denkprotokolle enorm (zwischen 340 und 3592 Wörtern vgl. Anhang II). Da sie jedoch die spontanen Produkte der Beurteiler und folglich auch relevanter Ausdruck ihrer Urteilsbildung darstellen, nahmen wir keine nachträglichen Einschränkungen vor, sondern betrachten sie als zu beurteilende Einheit.

6.3.4.6 Pretest Planung und Durchführung

Für das Coding wurden die 10 Denkprotokolle (je 5 Beurteiler pro Gruppe), die u.a. auch für die linguistischen Analysen computerisiert wurden (vgl. 6.2.), benutzt. Die gleichen Denkprotokolle wurden auch geratet, um die beiden Auswertungsarten miteinander vergleichen zu können.

Wir benutzten 4 Raters, wobei 2 sogenannte "Experten" waren (die Verfasserin und ein erfahrener Psychoanalytiker, der zudem

wissenschaftlich mit ähnlichen Fragestellungen arbeitet) und 2 sogenannte naive Raters, die erst durch Schulung mit der Fragestellung vertraut gemacht wurden und noch über praktisch keine klinische und wissenschaftliche Erfahrung verfügen (Studenten).

Interraterreliabilität in den Pretests

1. Pretest (10 computerisierte Denkprotokolle)

a) Uebereinstimmung beim globalen Rating

Rangkorrelation nach Spearman*(vgl. Sachs, 1969, p.390 ff.)

Mögliche Übereinstimmung : 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

Reale Übereinstimmung
der 4 Raters : 5 3 1 5 5 4 6 2 5 5

Rangdifferenz D : 1 3 5 1 1 2 0 4 1 1 $\Sigma 19$

D^2 : 1 9 25 1 1 4 0 16 1 1 $\Sigma 59$

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)} = 0.65 : \text{signifikant auf dem 0.025 Niveau (vgl. Sachs, a.a.O.p.391)}$$

b) Übereinstimmung beim kontextspezifischen Rating

Mögliche Übereinstimmung : 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6

Reale Übereinstimmung
der 4 Rater : 5 4 3 4 5 6 5 4 3 3

Rangdifferenz D : 1 2 3 2 1 0 1 2 3 3 $\Sigma 18$

D^2 : 1 4 9 4 1 0 1 4 9 9 $\Sigma 42$

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{n(n^2 - 1)} = 0.975 : \text{signifikant auf dem 0.001 Niveau}$$

*Wir ziehen diese Korrelationsberechnung anderen vor, da wir nicht von einer Normalverteilung unserer Daten ausgehen können.

Da wir eine so hohe Uebereinstimmung erzielten, beschlossen wir in der Hauptuntersuchung nur noch je 2 Rater zu benutzen (1 Expertenrater und 1 naiver Rater).

Schwierigkeiten beim globalen und beim kontextspezifischen Rating ergaben sich vor allem beim FREUD Kontext, der für einen weitem gezielten Pretest neu formuliert wurden und so in die Hauptuntersuchung einging.

Interraterreliabilität in der Hauptuntersuchung

Die erzielte Interraterreliabilität betrug beim 1. Raterpaar (Einschätzungen von 22 Denkprotokollen) fürs globale Rating $r_s = 0.55$ (signifikant auf dem 0.005 Niveau) und fürs kontextspezifische Rating $r_s = 0.64$ (signifikant auf dem 0.001 Niveau). Das 2. Raterpaar erzielte im globalen Rating eine Rangkorrelation von 0.49 (signifikant auf dem 0.01 Niveau) und beim kontextspezifischen Rating eine von 0.56 (signifikant auf dem 0.005 Niveau).

In der Hauptuntersuchung wurden zuerst die Denkprotokolle von beiden Rater unabhängig voneinander eingeschätzt (aufgrund dieser Werte wurde die Interraterreliabilität berechnet). Anschliessend wurden die Einschätzungen verglichen und Abweichungen diskutiert. Konnte eine Einigung erzielt werden, wurde dieser Wert in die Ergebnisberechnung einbezogen (auf Randlochkarten gelocht), falls nicht, wurde diese Einschätzung aus der Ergebnisberechnung herausgenommen.

Entwicklung eines Stichwortkatalogs für das Coding (EDV)

Der Stichwortkatalog wurde in 3 Arbeitsschritten zusammengestellt:

- a) durch ein erstes brainstorming zu den einzelnen kognitiven Kontexten
- b) durch eine gezielte Durchsicht der Zusammenstellung vorkommender Stichworte aus der Wörterbuch-Liste eines Pretests (Computerauszug der Denkprotokolle von je 5 Beurteilern aus den 4 Gruppen vgl. 6.2.)
- c) durch einen Vergleich von eingeschätzten Denkprotokollen aus weiteren Pretests (z.B. aus einem Denkprotokoll mit einem (laut Rater) ausgeprägten CALVIN Kontext wurden ergänzende Stichworte für den Katalog des CALVIN Kontextes herausgesucht.)

Der endgültige Stichwortkatalog ist im Anhang, III aufgeführt.

6.3.5 Ergebnisse und Interpretationen

Vorbemerkung

Wir folgen in der Darstellung unserer Ergebnisse den 3 Problemstellungen (vgl. 6.3.4.2). Da unser Schwerpunkt auf der individuellen Ebene der Konfliktbearbeitung liegt, beginnen wir mit der Diskussion der INDIVIDUELLEN PROBLEMLOESUNGSSTILE bei der Indikationsstellung. (3. Problemstellung). Die Typisierung der Denkstile, die wir in unseren Denkprotokollen finden, dient der Sensibilisierung des Kliniklers auf mögliche Konfliktlösungsstrategien in der klinisch-diagnostischen Situation (6.3.5.1 - 6.3.5.3).

In der Einleitung zu diesem Abschnitt wird kurz beschrieben, wie die verschiedenen Problemlösungstypen gefunden und definiert wurden (6.3.5.1). Eine kurze zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zur 1. Problemstellung geben wir anhand einer tabellarischen Zusammenstellung der charakteristischen Merkmale der individuellen Problemlösungstypen (6.3.5.2), die es im folgenden erlaubt, alle computerisierten Denkprotokolle in die Typen einzuordnen. Wir fügen die Denkprotokolle der 8 Prototypen bei, mit einem Kommentar und einer zusammenfassenden Charakterisierung (6.3.5.3). Die Häufigkeit der individuellen Problemlösungstypen in den verschiedenen Beurteilergruppen ist u.a. eine wichtige Informationsquelle bei der Diskussion der 2. Problemstellung AUSBILDUNGSSPEZIFISCHE PROBLEMLOESUNGSTYPEN bei der Indikationsstellung (6.3.5.4 und 6.3.6.5). In diesem Abschnitt werden kurz die Ergebnisse auf schulungsspezifische Besonderheiten hin beleuchtet, indem wir Resultate in den Denkprotokollen der vier Beurteilergruppen: Studenten, Psychiater, Analytiker und Laien diskutieren. Wir suchen nach charakteristischen Merkmalen der kognitiven Prozesse, die als ausbildungsspezifisch gelten können. Die tabellarische Uebersicht (6.3.5.5) fasst die Einzelbefunde zusammen. Sehr

kurz gehen wir abschliessend auf Ergebnisse zur 1. Dimension: SETTINGSPEZIFISCHE PROBLEMLÖSUNGSTYPEN bei der Indikationsstellung ein. Wir können aus unserer Untersuchung nur Hinweise auf diese sozialpsychologische Problematik eruieren. Sie interessiert uns aber ohnehin in dieser Arbeit nur in ihrer Auswirkung auf die Konfliktsituation des einzelnen Kliniklers bei der Indikationsstellung (6.3.5.3 - 6.3.5.5).

ERGEBNISSE ZUR 3. PROBLEMSTELLUNG: INDIVIDUELLE PROBLEM-
LOESUNGSSTILE BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG

6.3.5.1 Einleitung

Im folgenden diskutieren wir die individuellen Problemlösungstypen bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Wir sind durch ein iteratives Suchverfahren der beiden Expertenrater anhand der Denkprotokolle auf sie gestossen. Um die Hauptproblemlösungstypen von den Mischformen zu trennen, haben wir sie nachträglich nach 3 logischen Dimensionen geordnet, die u.a. auch 3 Fragen des globalen Ratings zugrunde lagen:

1. Dimension: Ausmass der Reflektion (4. im globalen Rating)
2. Dimension: Emotionale Nähe zum Patienten (5. im globalen Rating)
3. Dimension: Gelingen der Indikationsstellung (6. im globalen Rating)

Es stellte sich während des Suchverfahrens heraus, dass diese 3 Dimensionen drei wichtige Komponenten bei der Indikationsstellung erfassen: 1. kann der eigene Urteilsprozess mehr oder weniger reflektiert ablaufen. Weiter fiel uns auf, dass die Reflektion für sich genommen noch nichts über die Qualität der Indikationsstellung, d.h. die Leistungsfähigkeit in der gestellten Aufgabe, aussagt. Selbstreflektion kann einmal als wichtiges, konstruktives Instrument bei der Indikationsstellung dienen (kontextbezogener FREUD), aber auch von der Aufgabenstellung ablenken (FREUD-Kontext hindert Prozesse in den andern Kontexten), oder sogar die Entscheidungsfähigkeit verhindern. Wir haben ein fließendes Kontinuum von "konstruktiver Selbstreflektion" - Intellektualisieren (als einem Abwehrmechanismus mit adaptiven Funktionen) bis hin zu Rationalisieren (Abwehrmechanismus mit wenig adaptiven Funktionen).

Als zweite Komponente eruierten wir die emotionale Nähe zum Patienten. Eine gute Indikationsstellung kann aus einer grossen emotionalen Distanz zum betreffenden Patienten geschehen oder aus einem starken emotionalen Engagement für ihn, als einer individuell interessierenden Persönlichkeit. Ebenso kann man versagen in der Indikationsstellung, weil man zu sehr oder aber zu wenig emotional berührt ist von dem individuellen Patienten.

Als dritte Komponente (neben der reflektiven und der affektiven) definierten wir eine Leistungsdimension. Bei einer hohen Reflektion und einer grossen emotionalen Nähe zum Patienten kann nämlich einmal die Indikation sehr gut gelingen (TYP III: DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER) oder aber auch gar nicht (TYP VII: "DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT"). Auch bei fehlender Reflektion kann die Aufgabe der Indikationsstellung einmal gut gelöst werden (TYP V: "DER INTUITIVE") und das andere Mal nicht (TYP IV: "DER HILFLOSE HELFER"). In diesen beiden Fällen ist eine emotionale Nähe zum Patienten vorhanden.

Als Prototypen definierten wir die 8 Ecken eines Würfels, den wir in 3 Achsen zeichnen können (vgl. Diagramm 13). Wir gaben ihnen folgende Namen, die inhaltlich ihre Besonderheiten etwas charakterisieren sollen:

- TYP I: DER BRILLIANTE ROUTINIER
- TYP II: DER EXPERTE AUS ABWEHR
- TYP III: DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER
- TYP IV: DER "HILFLOSE HELFER"
- TYP V: DER INTUITIVE
- TYP VI: DER INTELEKTUALISIERENDE
- TYP VII: DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT
- TYP VIII: DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST

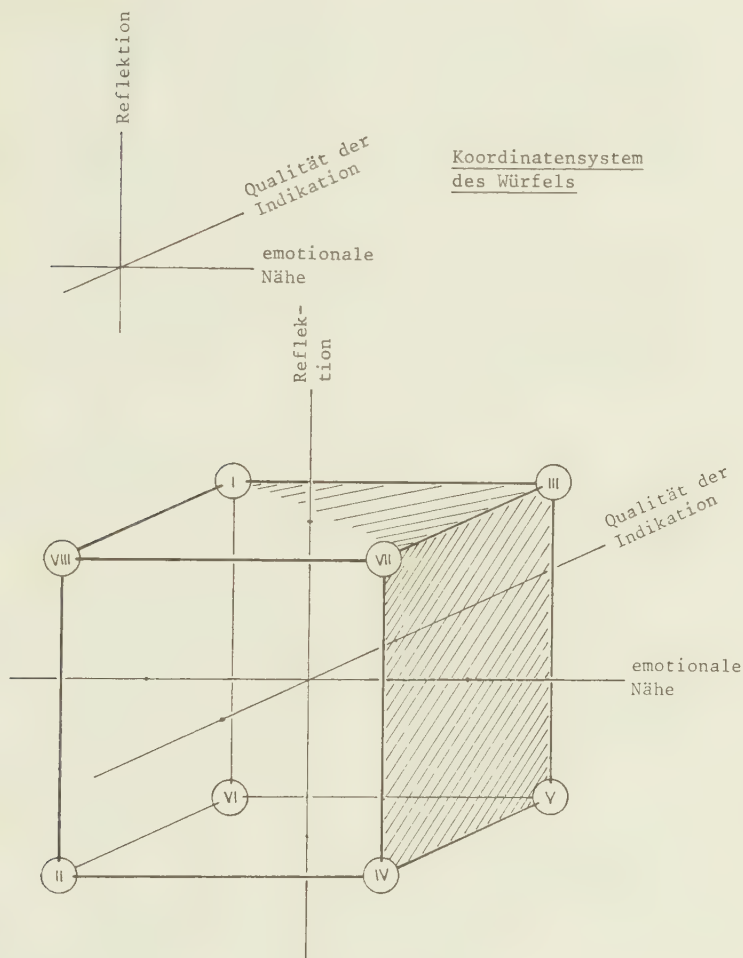
Erklärung zu den folgenden Diagrammen:

Wir ordnen unsere individuellen Problemlösungstypen in das folgende Koordinatensystem ein, das drei wichtige Dimensionen darstellt und u.a. auch drei Fragen (4,5,6) des globalen Ratings zugrunde lag. Die Einschätzung erfolgte dort auf einer 50mm Strecke, z.B.:

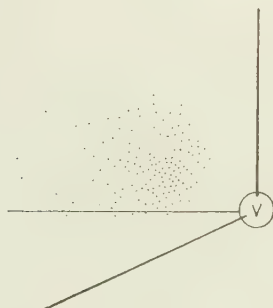


Der Nullpunkt des Koordinatensystems entspricht dem Mittelpunkt der Strecke. Die Ecken des Würfels stellen die 8 Problemlösungstypen dar. Wir betrachten sie als extreme Denkstile bei der Indikationsstellung (I - VIII).

Diagramm 13: Grafische Darstellung der 8 individuellen Problemlösungstypen



Beispiel:
 mögliche Verteilung
 der Beurteiler der
 Laiengruppe
 (Typ V: DER INTUITIVE)



Versuchen wir die drei Dimensionen in der Terminologie unseres Modells zu beschreiben, gelingt dies am besten bei der Dimension "Reflektion". Sie entspricht den Programmen des FREUD Kontextes. Die beiden anderen Dimensionen sind schwieriger zu fassen: die "emotionale Nähe zum Patient" charakterisiert bestimmte Programme des MOZART und des MACHIAVELLI Kontextes (z.B. Probeidentifikation mit der Patientin als Strategien der Urteilsbildung (MACHIAVELLI) wie auch der Informationsselektion (MOZART).

Die "Qualität der Indikationsstellung" wird aufgrund von CALVIN-Kriterien des Raters beurteilt und betrifft die verschiedenen in den Denkprotokollen erkennbaren Stadien der Urteilsbildung.

In der Originalarbeit werden die einzelnen Problemlösungstypen genauer beschrieben und charakterisiert. Ihre typischen Merkmale wurden anhand der folgenden Punkte herausgeschält und hinsichtlich unseres theoretischen Modells interpretiert:

- A. Charakteristisches Denkprotokoll mit Kommentar*, in dem die kognitiven Prozesse chronologisch (logisch-konsekutive Abfolge unseres Modells*) wie auch im Hinblick auf Interaktionen der kognitiven Kontexte verfolgt werden.
- B. Verbale Produktivität
- C. Ergebnisse aus dem globalen und kontextspezifischen Rating
- D. Informationsselektion
- E. Expertenindex
- F. Zusammenfassende Charakteristika

Unser theoretisches Modell fokussiert vor allem die Funktionsweisen der kognitiven Prozesse, z.B. die Interaktion zwischen verschiedenen kognitiven Kontexten, die wir mit dem Rating beschreiben wollen (C.), um typische Interaktionsmuster für die verschiedenen Problemlösungstypen zu definieren. Für die Charakterisierung der Typen erwies sich als nützlich, in der Zusammenfassung noch auf einzelne inhaltliche Auffälligkeiten in den Denkprotokollen einzugehen. Angeregt durch die Wahrnehmungsstudie von Gardner, Holzman, Klein, Linton und Spence, 1960** diskutieren wir jeweils noch folgende Merkmale von kognitiven Stilen:

* Wir verzichteten auf ein eigentliches Rating, da der Kommentar lediglich illustrativen Charakter hat und durch die Angabe der benutzten Stellen des Denkprotokolls für den Leser kritisch beurteilt werden kann. Der Kommentar kam aufgrund der beiden voneinander unab-

- a) "Leveling-sharpening": Bei "leveling" handelt es sich um eine nur schwach ausgeprägte, evt. sogar fehlende Tendenz, Einzelheiten, abgehoben aus einer Sequenz von Informationen, betrachten zu können. Sharpening ist das abgehobene Betrachten von Details.
- b) "Field articulation" soll die Selektivität der Aufmerksamkeit charakterisieren. Wird sie auf die wichtigsten Feldbegebenheiten gerichtet? Wie breit ist das berücksichtigte Feld? Wie gut wird es strukturiert? Wie rasch?
- c) "Constricted-flexible control". Dies ist eine Bezeichnung für Verhaltensweisen in erfahrungswidrigen Situationen, z.B. im "Interferenzexperiment". Uns interessiert in diesem Zusammenhang der Umgang mit inkonsistenten Informationen oder Kognitionen. Bei einer "constricted control" versucht der Beurteiler inkonsistente Wahrnehmungen eher zu unterdrücken, während eine "flexible control" es ermöglicht, unstimmmige Wahrnehmungen festzuhalten und differenziert zu berücksichtigen.
- d) "Focusing" bedeutet so etwas wie die Feinheit der Orientierung im Felde von Wahrnehmungsgegebenheiten. Beurteiler, die "fokussieren", beachten viele Aspekte des Wahrnehmungsfeldes, da sie laufend "skandieren". Nicht-Fokussierer können ihre Kontrolle nicht immer auf neue Begebenheiten richten, sie können ihre Aufmerksamkeit nur im engsten Raum verlagern. Wir diskutieren in diesem Zusammenhang analoge Beobachtungen: Gehen die Beurteiler in ihrem "lauten Denken" eher assoziativ oder logisch-linear vor? Im ersten Fall springt der Beurteiler von Gedanke zu Gedanke, "fokussiert" seine Aufmerksamkeit immer wieder auf andere (evt. durch latente Sinnzusammenhänge verbundene) Informationsstrukturen, während der logisch-lineare Beurteiler (in grammatikalisch vollständigen Sätzen) einen Gedankengang innerhalb eines eng gesteckten Rahmens logisch-kausal verfolgt.
- e) "Tolerance of unrealistic experience" wurde z.B. in Experimenten zum Wahrnehmungsverhalten beim Schauen durch eine verzerrende Brille untersucht. Wir betrachten in diesem Punkt die Reaktion des Beurteilens auf das Setting der Untersuchung: Ist er in seinen Denkprozessen durch das Unrealistische der Untersuchung beeinträchtigt oder weist er eine gewisse Toleranz gegen mögliche Störvariablen auf? Wie geht er damit um?

hängigen Beurteilungen der Expertenrater zustande. Unterschiedliche Beurteilungen wurden diskutiert und entsprechende Korrekturen vorgenommen.

- ** Damit möchten wir einige der Ergebnisse klassischer Studien zu den kognitiven Stilen (vgl. Fröhlich, in: Handbuch der Psychologie, 1972, 1021 ff.) neben unserem eigenen theoretischen Ansatz wenigstens etwas mitberücksichtigen. Die Untersuchung von Gardner et al. eignet sich insofern, als sie frühere Experimente zum Wahrnehmungsverhalten (z.B. Witkin u.a.) einbaute. Die fünf Merkmale werden als die bedeutenden Stilvarianten dargestellt.

In dieser Kurzfassung der Arbeit geben wir im folgenden eine tabellarische Zusammenfassung mit den charakteristischen Merkmalen unserer 8 Prototypen der Problemlösungsprozesse bei der Indikationsstellung (6.3.5.2), und nehmen im Kommentar Bezug auf unsere Hypothesen. Anschliessend führen wir die Denkprotokolle der 8 Prototypen (mit Kommentar) auf (6.3.5.3).

6.3.5.2 Uebersicht über die Daten der Denkprotokolle der 8 Prototypen von Problemlösungsprozessen bei der Indikationsstellung

Die folgende Tabelle gibt eine Uebersicht über die 8 individuellen Problemlösungstypen. Unsere Hypothese b (vgl.p. 188) erwies sich als richtig, dass sich aufgrund unseres theoriegeleiteten Ratings und Daten aus der computerunterstützten Strukturierung der Denkprotokolle (verbale Produktivität, Informationsselektion, Experten-index berechnet anhand der computerisierten Wörterliste pro Beurteiler) unterschiedliche individuelle Problemlösungstypen definieren liessen. Wir können also in den Denkprotokollen charakteristische Problemlösungsstile erkennen, die unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Indikationsstellung zeigen. Anhand des kontextspezifischen Ratings konnten wir für jeden Problemlösungstyp eine charakterische Kommunikationsstruktur der kognitiven Kontexte definieren.

Die Kommunikationsstruktur, die wir auf p.185 als Vermutung für den konfliktreflektierenden Beurteiler beschrieben haben, finden wir im Problemlösungstyp I: DER BRILLIANTE ROUTINIER. Bei ihm interagieren die kognitiven Kontexte ungehindert. Jene, die wir als typisch für den konfliktabwehrenden Beurteiler vermutet haben, beobachten wir beim Typ II: DER EXPERTE AUS ABWEHR. Hier hemmen sich die Programme der unterschiedlichen Kontexte gegenseitig. Vor allem sind die FREUD Programme, die die Selbstreflektion darstellen, unterbrochen.

Die Hypothese a (p. 186) liess sich bestätigen, da die Rater fähig waren, mit einer grossen Uebereinstimmung aufgrund der Denkprotokolle einzuschätzen, ob der betreffende Beurteiler seine Konflikte bei der Indikationsstellung reflektiert oder nicht. Allerdings mussten wir bei dieser Selbstreflektion aufgrund der Erfahrungen beim Rating den FREUD-Kontext nachträglich präzisieren und unterscheiden, zwischen Aeusserungen , die eine allgemeine Selbstreflektion beinhalten (z.B. "Ich fühle mich durch die Experimentalsituation unter Druck" bei TYP VIII) und konstruktiven Selbstreflektionen im Hinblick auf den eigenen Urteilsprozess bei der Indikationsstellung (als F_K in der Tabelle 10 aufgeführt).

Auch die Annahme c (p. 188) erwies sich als richtig: Beurteiler , die ihre eigenen Konflikte stark abwehren (schwacher FREUD Kontext, keine F_K , im globalen Rating: Frage 4, in der Tabelle in "Reflektion" enthalten: -), können wenig auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen (Frage 5 im globalen Rating, in der Tabelle 10 in "emotionale Nähe zum Patienten": - enthalten) und die Indikation nicht gut stellen (Frage 6 im globalen Rating, in der Tabelle 10 in "Indikation" : - enthalten). Zudem zeigen Kliniker mit einer grossen Selbstreflektion die längeren Denkprotokolle und ein breites Spektrum bei der Informationsselektion, sowie einen hohen, aber nicht extrem hohen Expertenindex.

Wie erwartet (Hypothese e, p. 188) zeichnen sich die Analytiker durch eine hohe Selbstreflektion aus (vgl. dazu 6.3.5.4): die Prototypen I und III, die als wesentliches Merkmal ein hohes Ausmass an Selbstreflektion zeigen, stammen beide aus der Analytikergruppe.

Zu der Annahme d können wir nur Einzelbeobachtungen anführen: in der Wortschatzanalyse lassen sich in der Tat Hinweise auf

einen persönlichkeitspezifischen, einen schulungsspezifischen und einen settingspezifischen Anteil in Ausdrücken, die den Umgang mit Konflikten bei der Indikationsstellung erfassen, finden, doch haben wir dies nicht systematisch untersucht.

Als Differenzierung unserer Annahmen, die wir vor der Datenanalyse hatten, ergab sich die wichtige Einsicht, dass starke Konfliktreflektion allein noch kein Gewähr für eine gelingende Indikationsstellung bietet. Bei einem Typus VIII finden wir eine ausgesprochen hohe Konfliktreflektion, die aber nicht konstruktiv für die Indikationsstellung eingesetzt werden kann, sondern durch die Codierung des eigenen Unbehagens absorbiert wird. Deshalb betrachteten wir bei der Ordnung der verschiedenen Problemlösungstypen zwei weitere Dimensionen gleichzeitig: die emotionale Nähe zum Patienten und das Gelingen der Indikationsstellung. (vgl. Würfeldarstellung, p. 201). Wir haben bei der Indikationsstellung ein Kontinuum vor uns, das von der für die Aufgabenstellung konstruktiven Selbstreflektion, über die Intellektualisierung (TYP VI) zur Rationalisierung (TYP VIII) führt.

Tabelle 10: ÜBERSICHT ÜBER DIE PROBLEMLOÖSUNGSTYPEN BEI DER INDIKATIONSTILLUNG

	Rating Kontextspezifisch	verbale Produkt.	Informat. Selektion	Experten- index	Beobachtungen zum kognitiven Stil
	R. v. l.				
	st. mi. sw.	Mo Na Po Ca Ci Fr FrK			
TYP I : DER BRILLIANTE ROUTINIER	+ - +		***	***	"sharpening" vorherrschend feldunabhängiges Wahrnehmen breites Wahrnehmungsspektrum flexible Kontrolle der W. "focusing" vorherrschend tolerant gegen Störvariablen
TYP II : DER EXPERTE AUS ABWHR	- - -		*	*	"leveling" vorherrschend feldabhängiges Wahrnehmen eingeschränktes W.spektrum konstruktive Kontrolle der logisch-lineares Vorgehen intolerant gegen Störvariablen
TYP III : DER PATIENTENZEN - TRIESTE KOLLENER	+ + +		***	***	"sharpening" vorherrschend feldunabhängiges Wahrnehmen breites W.spektrum flexible Kontrolle der W. "focusing" vorherrschend tolerant gegen Störvariable
TYP IV : DER "HILFLOSE HELFER "	- + -		*	*	analog zu TYP II

Fortsetzung Tabelle 10

	global	Rating	kontextspezifisch	verbale Produkt.	Informations-selektion	Experten-index	kognitiver Stil
			Ca Ci Fr Mo Ma Mx Fr K				
TYP V : DER INTUITIVE	R. e. - +	I. mi. sw. 	-	**	**	*	"leveling" vorherrschend feldabhängiges Wahrnehmen rel.eingeschränktes W.spektrum konstruktive Kontrolle über- wiegt(flexible K.auch vorh.) logisch-lineares Vorgehen über- wiegt(fokus., auch vorh.) tolerant gegen Störvariablen
TYP VI : DER INTELEKTUALISIERENDE	- +	sw. 	-	*	*	***	"leveling" vorherrschend feldabhängiges Wahrn. rel.eingeschr.W.spektrum konstruktive Kontrolle logisch-lineares Vorgehen rel.tolerant gegen Störv.
TYP VII : DER VERSÄGER		mi.					
AUS BETROFFENHEIT	+ +	sw. 	-	**	*	*	"leveling" vorherrschend feldabhängiges Wahrn. sehr eingeschr.W.spektrum überflexible W.kontrolle "nur assoziatives" Vorg. intolerant gegen Störvar.
TYP VIII : DER VERSÄGER		mi.					
AUS LEISTUNGSANGST	+ -	sw. 	-	*	*	**	sehr eingeschr.W.spektrum sehr konstruktive Kontrolle intolerant gegen Störvar.

Legende zur Tabelle 10

Globale Rating:

- R. = Reflektion in den Denkprotokollen erkennbar
e. = emotionale Nähe zum Patienten "
I. = Gelingen der Indikationsstellung
- = nicht vorhanden
+ = vorhanden

Kontextspezifisches Rating

- Mo = Mozart Kontext
Ca = Calvin Kontext
Ma = Machiavelli Kontext
Ci = Cicero Kontext
Mx = Marx Kontext
Fr = Freud Kontext
Fr_K = kontextspezifischer Freud Kontext

Die Höhe der Diagrammsäule stellt die Intensität der Wirkung
kognitiver Kontexte erkennbar in den Denkprotokollen dar:

- st. = stark
mi. = mittel
sw. = schwach

Die Strukturierung der Diagrammsäule stellt die Intensität der
Reflektion der Wirkung kognitiver Kontexte erkennbar in den Denk-
protokollen dar.

- [] = schwach
[] = mittel
[] = stark

Daten aus der computerunterstützten Inhaltsanalyse

verbal.Produkt. = verbale Produktivität (Umfang der Denkprotokolle)
vgl. Anhang II

Informationsselektion : vgl. Anhang II

* = schwach

** = mittel

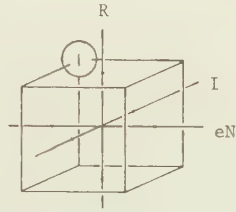
Expertenindex : vgl. Anhang II

*** = stark

kognitiver Stil : vgl.p.203

Kommentierte Denkprotokolle und zusammenfassende Charakteristika
der 8 Prototypen von Problemlösungsprozessen bei der Indikationsstellung

TYP I : DER BRILLIANTE ROUTINIER



Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 211 ff.)

Kommentar zu den Denkprotokollen

1. Denkprotokoll

Zeile im
Denkprotokoll

1. Bevor sich der Beurteiler der Patientin zuwendet, äussert er sich zu seiner persönlichen Einstellung zur Indikationsstellung im allgemeinen. Er thematisiert die Konfliktsituation: es gibt keine übergreifende Theorie der Indikationsstellung, jeder Kliniker muss von seiner engeren Fachrichtung her reagieren (Zeile 4). Er legt weiter seine eigene Identifikation offen dar (5) und reflektiert deren Einfluss auf die eigene Urteilsbildung (10) (CALVIN und FREUD Kontext). 1-10
2. Darauf wendet er sich der eigentlichen Aufgabe zu und äussert sich zuerst zur Informationsselektion (I) (MOZART) (bezieht sich auf optische Eindrücke) 12-13
3. Dann beschreibt er seinen ersten Eindruck von der Patientin, überlegt auch den möglichen Einfluss des Settings ("Gemeinsame", Video) auf ihr Verhalten. Es werden erste Hypothesen aufgestellt (Hypothese zum nonverbalen Verhalten; Pat. redet offen über Probleme etc.). 13-23
24
4. Nach einer Pause werden verbale Informationen verarbeitet (Informationsselektion, I): die Informationen, die die Mutterproblematik der Patientin betreffen, werden abgerufen. 24
25-34
5. Bei der Schilderung der Kontaktaufnahme der Mutter mit einem wildfremden Mann (33) fällt ihm der Versprecher der Patientin ein, was zur Problematik mit dem Mann und dem Vater führt (ein benachbartes frame "schnappt ein")
6. Diese Problematik wird aber nicht weiter verfolgt, sondern der Beurteiler zieht eine erste Bilanz aus den bisherigen Überlegungen: er stellt eine Diskrepanz zwischen dem Averbale (3.) und dem Verbalen (4./5.) fest, verbindet also die bereits aufgestellten Hypothesen zu einer übergreifenden Hypothese: Hysterie? Zwangsneurose? am ehesten Phobie. Informationen zu den einzelnen Hypothesen werden beigezogen und gegeneinander abgewogen bis eine vorläufige Hypothese bleibt (matching Prozess). Wichtig ist, dass die eigene Unsicherheit dabei bewusst ist (40). 35-45

Ja, also ich kann wiederholen, was ich vorher schon gesagt habe, wenn ich aufgefordert werde, eine Indikation zu stellen, bei irgendeiner Patientin, oder bei dem Fall, den du mir da vorgeführt hast, der Video, dann reagiere ich natürlich - wie jeder andere auch - von meiner eigenen Fachrichtung her, also als Psychoanalytiker, und ich würde erst in zweiter Linie eine zünftige Kontraindikation zu einer psychoanalytischen Technik würde ich feststellen, an etwas anderes zu denken. Verhaltenstherapie oder Gestalttherapie eventuell, was mir am nächsten liegt von reinen Fachgebiet. Und ich glaube, das spielt eine wesentliche Rolle, wahrscheinlich die grössere als dergleiche wissenschaftliche Unterscheidungen. Aber das ist vielleicht nicht ganz das Problem. Jetzt zu dem Bild, das ich gesehen habe; ich habe in der ersten Hälfte der

Minuten fast nichts verstanden - akustisch - aber optisch ist es ein-
 10 drücklich gewesen. Ich würde die Patientin zuerst einmal beschreiben als
 15 syriatische, sie hat syriatisch gewirkt, hutsche, und mit einem leichten, nicht stark, leichten erotischen Sexgefühl, erotische Faszination, eine Frau, die nur ganz am Anfang von Interview deutlich erotisch
 20 - sie hat gelaucht, ist ein bisschen komisch im Stuhl gesessen. Die Angst ist sehr schnell weggegangen, wenn wir drandenkt, dass es eine Gebärmutter ist, dass sie sich doch ausgestellt hat vor vielen Leuten. Gut, wenn es zur Voraus-
 25 schon geübt worden ist mit ihr, trotzdem habe ich das Gefühl, dass kann auch redet sehr frei und sie gilt sehr freiwillig Auskunft. Gut, dass kann auch geübt worden sein vorher, wenn man das Interview auf Video aufzeichnen hat mit ihr. Aber trotzdem, es bleibt etwas übrig. Sie redet über ihre Probleme
 30 sehr oft. (15 Sek.) Dann, im zweiten Teil vom Band habe ich das Akustische mitgekriegt, fast ganz mitgekriegt, da hat sie vor allem geredet über die Probleme mit der Mutter, von ihren Ängsten vor Beschmutzung und vor
 35 ihren Kontaktstörungen. Und innerer mehr hat sie sich dann auf das Problem, das sie mit der Mutter hat, konzentriert. Die Mutter als Alkoholikerin, hat offenbar die Patientin oft vernachlässigt, ist aber für sie, für ihre Tochter, doch ein grosses Vorbild und trotz ihrer Vernachlässigung ist sie
 40 durch die Tochter bewundert worden. Das sagt sie ganz am Schluss - wie die Mutter doch kontaktfreudig war im Gegensatz zu den, wie sich die Patientin selber erlebt, wie die Mutter sehr war, wenn sie ausgegangen sind, die
 45 Mutter sehr schnell mit einem wilden Mann Kontakt gehabt hat. In diesem Zusammenhang hat sie einer Versprecher gemacht, sie hat dann von ihrem Mann, und dann vom Vater angefangen zu reden. Ja wenn ich in das alles so wieder durch den Kopf gehen lasse, dann scheint mir ein Widerspruch zu bestehen
 zwischen dem Verhalten, also zwischen der Gestik und der Art, wie die Patientin redet, und dann doch den schweren Symptomen, die sie dann in
 50 verdrängen teil beschriebt. Das verstehe ich noch nicht genügend, aber so differentialdiagnostisch denke ich steht an eine hysterie, wäre mir, also

45 diese Diagnose wäre mir nach dem averbalen Eindruck vcl. der Patientin am
nächsten, während wenn ich das Akustische nicht einbeziehe, mehr ab eine
Zwangsneurose oder eine Enchrie zu denken ist. Zwangsneurose möchte ich
eigentlich eher ausschliessen, das passt mir so nicht zur averbalen, zum Ein-
druck von der Patientin. Hingegen Phobie wurde schon ganz gut fassen, mit
diesen Kontaktstörungen, mit dieser Führungsgängigkeit, sie träumt von
Schmutz, weil allerdings das sind wieder Reaktionsbildungen, es geht - so
stark auf den Schmutz hin zentriert ist. Du meinst, ich denke da sehr
metaphorisch, nachdem ich den Widerspruch konstatiert habe zwischen
dem averbalen und verbalen Verhalten der Patientin. Ah (4 Sek.) Ja, was
sollte ich noch sagen. Ja, also mit dem Mann, der Versprechen. Sie redet so
offensichtlich viel von der Mutter, dass mir einmal der Verdacht aufkommt,
dass es vielleicht gar nicht so um die Mutter geht, und dass es vielleicht
eher um den Mann geht. Also Mann - Vater. Das Versprechen wurde nicht, ich
kann es noch nicht behaupten nach diesen 6 Minuten, aber ich bin, ich schöpfe
Verdacht, dass es vielleicht gar nicht so um die Mutter geht, gerade bei
dieser Patientin, wie mehr um die Prochleeratik mit dem Mann und dahinter um
die Prochleeratik mit dem Vater, also dass da vielleicht die Sexualität für
60 die Latenz die allgerieste Rolle spielt, und da kann ich wieder mehr
auf eine hysterische Verdachtsdiagnose. Möchtest du noch mehr wissen?

U.: Ja, was diese Idee für eine Konsequenz auf die Indikation hat.
E.:

Ja auf die Indikation. Ich glaube, ich bin nicht instande nach diesen 8
Minuten eine Indikation zu stellen, das wäre verflucht, ich meine, man muss
65 vorsichtig sein, es könnte eine Überraschung geben, es könnte zum Schluss
noch eine Psychotikerin sein, (lacht) also ich weiss überhaupt nichts über
ihre Sozialisation, vermute allerdings, wenn sie eine Alkoholikerin als
Mutter gehabt hat, es gilt eher eine Patientin aus der Unterschicht als aus
der Oberschicht, aber bitte, das kann ganz falsch sein. Ich weiss nicht, ob sie
70 Geschwister gehabt hat oder nicht, ich weiss nicht, wann die Mutter ange-
fangen hat zu trinken. Also das wäre z.B. etwas sehr wichtiges, wenn sie das
von Anfang an gemacht hat, könnte eine Störung doch vor 1. Lebensjahr
schon vorhanden sein, und wenn das erst später gekommen ist, dann wahr-
scheinlich eher nicht. Ich weiss nicht, ob die Patientin jetzt unter Medika-
75 menteneinfluss steht, vielleicht ist sie einmal in einer Klinik gewesen und
deshalb vielleicht ein besseres Bild von sich gibt als wenn sie geheimer-
falls schwer depressiv wäre. Ich weiss also nicht, ob die Patientin
depressionen gehabt hat, warum sie überhaupt kommt, das hat sie nicht er-
80 wähnt. Das Interview läuft ja mitten drinnen an, also es heisst sie soll
von sich erzählen, es ist insofern konstatiert.

und kann kommt bereits eine sehr signifikante Angabe das fehlt mir eigentlich
in dem Interview, sie erzählt einfach einmal von sich. Also Indikation, ich
kann mich da noch nicht ausser, aber ich wurde immerhin sagen, bei dieser
Patientin wurde ich mich an die engere Wahl von analytischen Indikationen
halten. Ich glaube, dass bei dieser Patientin eine Verhaltensindikation
gros in Frage kam. Und zwar deshalb, weil es schon in dieser 8 Minuten
ersichtlich ist, dass diese phobischen Züge die sie hat, nur eine Teil von
ihrer Proleptik ausmachen, und vielleicht sogar den kleineren Teil, das
weis ich jetzt noch nicht. Es könnte auch anders sein, es könnte sein, dass
das für die Patientin subjektiv das Symptom das allgeringste von ihren
Leiden ausmachen würde. Gut, aber trotzdem wurde ich sagen, dass die
sexuellen Probleme, die ich dahinter vermutete, derart waren, dass eine reine
Verhaltenstherapie gerade jetzt bei dieser Patientin sehr offensichtlich
bliebe und dann wurde ich sie eigentlich ausschliessen. Das wäre grad von mir
aus gesehen ein ideologisch falscher Gebrauch von der Verhaltenstherapie bei
dieser blossen Aufassung von Symptomen, wo dann im Hintergrund die Problema-
tik offensichtlich, hingegen Symptome irgendwie zur Verschleierung bringt und die
soziale Aufassung schon verbessert. Ich habe Patienten, die mir sagen, gerade
bei der Indikationsstellung, im 1. oder 2. Interview sagt, sie haben ein
ausgeprägtes Training z.B. gemacht oder ich habe eine Verhaltenstherapie gemacht
über ein Jahr Monate und ich habe profitiert davon, was das Symptom abge-
ht, aber es ist das Problem doch genau gleich gelitten, ich kann viel-
leicht gewisse Sachen jetzt besser vermeiden, ich weiss nicht, ich erwarte
weniger in der Öffentlichkeit z.B. oder irgend so was, aber dahinter ist
alles noch da und deswegen kommt er zu mir, weil er das selber merkt, weil
das differenzierte Patienten sind, die das spüren. Gestaltstherapie
glaube ich nicht, bei dieser Patientin. Also es bleibt eine analytische,
weiter dann würde ich fragen, ja was muss sie machen, eine grosse Analyse,
Fokaltherapie oder was immer. Das ist mir nicht klar bis jetzt, wobei
da müsste man eine grundsätzliche Diskussion anfangen, weil sehr häufig
Psychotherapien indizieren nicht, weil eine grosse Analyse kontra-indiziert
wäre, sondern einfach, aus sozialen Gründen.

- 115 Sie wirkt jetzt wirklich schwerer gestört als im 1. Abschnitt, das ist auch, abgesehen von der verbalen Information die neu dazu kommt, im Ausdruck manchmal da, wobei ich mich erinnere, hat sie das im 1. Abschnitt schon gehabt, aber weniger stark, einen depressiver Gesichtsausdruck, wobei das nie lange dauert, also sie steht unter Medikamenteneinfluss, es spielt gar keine Rolle, ob während der Interview auch, auf jeden Fall in der letzten Zeit in der Klinik hat sie Medikamente gehabt, sie sagt, sie hat viel Medikamente gehalten. Man hört, dass sie eine Tablettensucht entwickelt hat mit Anfettungen. Gut, es ist nicht alles klar, in welcher Beziehung nur die Entwicklung von der Tablettensucht zu ihrer übrigen Problematik steht, aber wenn es Amphetamine sind, dann wird es fast psychotisch oder fraktisch ärztlich, nehme ich an, dass sie eine depressive Grundstimmung gehabt hat, und sich in einer depressiven Grundstimmung aufgehalten hat, sich "aufzukläpfen" mit Amphetaminen und dann eventuell daraus Sucht resultiert ist, dass sie mehr nehmen musste, um sich über Wasser zu halten und nicht mehr selber davon wegkommen konnte.
- 130 Am Zusammenhänge mit der Tabletten, was auffällig ist, im 2. Abschnitt das cralle Material, was natürlich in 1. schon drinnet war, wenn ich an die Mutterproblematik nochmals zurückdenke, was ich am Anfang eher versuchte an 2. Stelle zu setzen, sehe ich jetzt doch, dass sie sehr entscheidend ist dass die Probleme mit dem Mann wie Übertragungen zu verstehen sind von unsinnlichen Fickelungen, die sie mit der Mutter gehabt hat. Also ich wurde in der Mütter schon weilen, die Mutter ist schwer gestört gewesen als Alkoholikerin schon immer gewesen, nicht erst in einer späteren Lebensphase auch der Patientin, Alkoholikerin geworden. In die gleiche Richtung deuten auch die Träume, die sie berichtet, in diesen Träumen kommen keine Menschen vor, sondern nur sehr schönlandschaften, das deutet schon auf eine narzisstische Problematik und auf Verschwelzungswünsche - so schöne Seen und so schöne lunte Felder und ich weis nicht, ob ich die Wälder nicht dazufiktisiere, aber auf jeden Fall lunte, schöne, warme Landschaften, das ist schon die Sehnsucht nach der Verschwelzung mit der Mutter, die da werden, passen dazu, bis zu einem gewissen Grad muss ich sagen. Der Mann ist offenbar Geschätterant, der sehr wenig dabei ist, also die Frau ist auch in der Wirklichkeit, also real, sehr viel allein, und da wusste man genauer differenzieren, wieviel ist von der gesellschaftlichen Situation her geendet und wieviel von der...

- 154 Einsamkeit geachtet. Ich habe auch den Eindruck, ich kann es nicht sicher sagen anhand von dem Material, dass sie eine Aussteigerung ist und einid Mann geheiratet hat, der in einer gehobenen Position ist, wegen der Gesellschaft, und ich habe eher ein wenig den Eindruck, aber das kann ich vielleicht nur wegen der Alkoholkrankheiten meinen, dass sie eventuell aus der Unterschicht aufsteigen ist. Gegenüber steht die gute Verbalisierungsfähigkeit der Patientin, sie ist, die redet sehr gut hochdeutsches, aber das ist vielleicht von Vorteil auf die Vorbereitung auf das Interview, doch sie kann es schwierig gut sagen, das wurde eher auf die Mittelschicht deutet. Aber das kann ich nicht entscheiden jetzt anhand von dem Material. Was die Intelligenzstellung anbelangt, ja, bin ich jetzt ein wenig verunsichert. Ich halte das Bedürfnis, die genauesten Umstände von der Falluntersucht z.B. abzuklären. Und was steckt dahinter. Ist es eine halbschichtige Persönlichkeitsstörung oder geht es gar Richtung Schizophrenie, das kann man anhand von dem Interview nicht feststellen. Das ist nicht feststellbar nach der kurzen Zeit. Man musste vielleicht die Interviewtechnik anders führen um das herausfinden. Aber wenn das z.B. das erste Interview ist, wurde mir es schwierig nicht sagen, das sind Fragen wo man denkt die sind zu klar und nicht zu klären sind. Aber ich hatte da so gewisse Fragezeichen, jetzt nicht. Und wenn das der Fall wäre, wurde ich schon die Frage der Psychotherapie oder Psychoanalyse differenziert stellen. Und zwar, das ist etwas gefährlich, wenn bei relativ schweren Störungen, lieber wir an klinische Persönlichkeitsstörung oder Borderline, müsste man geradezu eine Analyse indizieren, macht es sehr häufig aber gerade nicht und le-schrankt sich auf eine stützende Therapie der Patientin. Das hat nichts mit der psychoanalytischen Wissenschaft zu tun, sondern rein eher mit der gesellschaftlichen Umständen. Und da kommt es stark darauf an, wenn die Patientin jetzt wohlhabend sein sollte, dann wären die meisten Leute eher bereit die Indikation zur Analyse zu stellen und sollte es jemand sein der von der Frauenklinik abhängig ist und sich das andere nicht leisten kann, dann würde man ganz sicher, in der Klinik jedenfalls, ganz sicher die Indikation für Psychotherapie stellen. Das hat also wiederum nur mit der gesellschaftlichen Situation zu tun, wo aber auch Realität sind. (14 Sek.)
- 155 Noch das habe ich vergessen zu sagen, was mir vorher in den Sinn gekommen ist: wegen der Schwere, dem Tiefgrad von der Störung, das was ich am Anfang gesagt habe, dass in Erwägung ist Hysterie, Phobie, Zwangsneurose deutet ja auch auf eine schwere Störung hin, weil es ist ja keine klare Neurose wohl vorhanden, sondern es ist etwas wie eine Mischneurose, das ist sehr häufig ein Hinweis, dass etwas Tieferes vorhanden ist, eine tiefere
- 156 Störung vorhanden ist. langt es?

7. Nun folgt eine Reflektion seiner Strategien der Urteilsbildung (II) (MACHIAVELLI) 50

8. Nach einer Pause wird auf eine früher angetippte Hypothese (5.) zurückgegriffen: weitere Informationen und Ueberlegungen zur Vaterproblematik folgen. Sie bestätigen für ihn die aufgestellte "hysterische Verdachtsdiagnose". 51-61
61

9. Nun besinnt er sich auf die Problemstellung und fragt beim Untersuchungsleiter nach. 62

10. Zur Indikationsstellung will er noch nicht Stellung nehmen (Urteilsbildung III als "noch nicht möglich" klassifiziert), sondern vergegenwärtigt sich, welche Informationen ihm dazu noch fehlen, stellt Verbindung her zu eigenen Erfahrungen und eigenen Strategien der Urteilsbildung (spontane Eröffnung der Interviews durch den Patienten, Grund für Abklärung etc.: MACHIAVELLI) 63-83

11. Nach diesem Abchecken der fehlenden Informationen kann er sich für eine grobe Indikation: analytische Verfahren entscheiden. 85-114

Im weiteren werden Gründe diskutiert, die gegen andere Verfahren sprechen (symptomatologische und ideologische gegen Verhaltenstherapie z.B.). Er kehrt schliesslich zur Frage der analytischen Verfahren zurück und weist darauf hin, dass bei der Wahl zwischen einzelnen analytischen Verfahren grundsätzliche Ueberlegungen angestellt werden müssen (MACHIAVELLI), die u.a. auch soziale Gründe berücksichtigen müssen (MARX).

2. Denkprotokoll

12. Er beginnt gleich mit einer Hypothese: verglichen mit dem 1. Abschnitt ist die Pat. schwerer gestört. Er gibt an, auf welche Informationen er sich dabei stützt (nonverbales, verbales: Medikamenteneinfluss etc.) 114

13. Nun werden Informationen zur Tablettensucht abgerufen. Es wird festgestellt, dass die Beziehung der Sucht zu ihrer Übrigen Problematik nicht klar ist (123). Zu "Amphetaminen" werden Speicher aus der ärztlichen und psychiatrischen Zeit aktiviert (124). 121-128

14. Anschliessend wird psychoanalytisches Wissen zur Suchtproblematik beigezogen: orale Problematik etc. Es wird auf die im 1. Teil aufgestellten Hypothesen dazu zurückgegriffen. Diese werden nach der neuen Information anders gewichtet (Mutterproblematik primär, Vaterproblematik sekundär). 128-147

15. Zum Stichwort "Geschäftsmann" fällt dem Beurteiler sein gesellschaftliches Wissen ein: die Frage der Schichtzugehörigkeit wird verfolgt. Wieder fehlen dem Beurteiler Informationen, um sich auf eine bestimmte Hypothese dazu festzulegen (161).

147-161
16. Nun greift der Beurteiler wieder seine Aufgabenstellung der Indikation auf: er ist verunsichert, möchte noch mehr Informationen haben, vor allem zu der differential-diagnostischen Frage: narzisstische Persönlichkeitsstörung oder Borderline. Der Einfluss der Interviewtechnik wird reflektiert.

161-169
17. Die Indikationsüberlegungen führen zu grundsätzlichen Überlegungen, die gesellschaftliche Verknüpfungen der Indikationsstellung (schwer gestörte Patienten erhalten oft keine Psychoanalyse, u.a. aus finanziellen Gründen) miteinbeziehen (MARX).

169-184
18. Nach einer Pause greift er auf seine diagnostische Aussagen im ersten Teil zurück und integriert sie mit seinem momentanen Wissen: Mischneurose = Anzeichen für eine frühe Störung des Patienten.

184-190

Wir interpretieren kurz zusammenfassend: Dieser Beurteiler zeigt eine grosse Introspektionsfähigkeit in seinem eigenen Urteilsprozess bei der Indikationsstellung. Er beginnt mit einer generellen Stellungnahme zur Indikationsstellung, die die eigene Konfliktsituation thematisiert. Man hat den Eindruck, dass dies zu einer Entlastung führt, so dass er im folgenden nicht in seiner Wahrnehmungs- und Entscheidungsfähigkeit gestört ist. Sein Urteilsprozess zeichnet sich dadurch aus, dass er Informationen der Patientin assoziativ verarbeitet (focusing), Einfälle zu bestimmten Themen oder Stichworten registriert, speichert und zum gegebenen Zeitpunkt wieder aufgreift und weiter verfolgt (flexible control). Hypothesen werden erst nach einer umfassenderen Sicht der Informationen und der Reflektion ihrer Quellen aufgestellt, gegeneinander abgewogen und zu übergreifenden Hypothesen zusammengefasst. Indikationsentscheidungen folgen erst am Schluss nach einer breiten Informationsverarbeitung und zwar mit der Skepsis an der Relativität des eigenen Urteils (field articulation).

Der Urteilsprozess ist weiter gekennzeichnet durch assoziatives Eingehen auf Patienteninformationen, eigene innere Einfälle, Herbeiziehen eigener Erfahrungen und Überlegungen, grundsätzliche Fragen, durch ein stückweises Identifizieren mit der Patientin (in jenen Sequenzen, in denen Patienteninformationen wiederholt werden), wieder Distanznehmen und Reflektieren (auf unterschiedlichen Niveaus: vom Reflektieren der Quellen der benutzten Informationen bis zu ethisch-ideologischen Überlegungen). Im Gegensatz zu andern Protokollen von Psychoanalytikern fehlt bei diesem Beurteiler das explizite Analysieren eigener Gegenübertragungsreaktionen.

Zusammenfassende Charakteristika: TYP 1: DER BRILLIANTE ROUTINIER

(vgl. Tab. 10)

Dem Prototyp I gelingt die Indikationsstellung sehr gut. Seine eigene Konfliktsituation wird umfassend reflektiert. Er kann auf die spezifische Problematik der Patientin fachlich gut eingehen. Allerdings gewinnt man den Eindruck, dass er sich emotional wenig für die Patientin als Person engagiert: er betrachtet sie aus einer gewissen Distanz und nimmt sie als Fall, nicht als eine Persönlichkeit, die ihn in ihrer Besonderheit fasziniert und die er als Individuum differenziert erfassen und erleben möchte. Er wirkt in seinem Urteilsprozess routiniert: man spürt eine grosse Erfahrung mit Indikationsstellungen und Problemen, die sich dabei stellen. Wir nehmen wenig Unsicherheiten im Denkprotokoll wahr: er muss nicht um seine Konzepte ringen, sondern kann seine Erfahrungen und Kenntnisse auf diese Patientin ohne Schwierigkeiten anwenden. Dies zeigt sich in der grossen verbalen Produktivität und in der Breite des Spektrums der kognitiven Prozesse. Wir finden in den Denkprotokollen Hinweise auf die Wirkung aller kognitiven Kontexte: er berücksichtigt ethische, strategische, sprachkritische, selbstreflektive und gesellschaftsbezogene Gesichtspunkte. Bei ihm kommt als einzigem Problemlösungstyp dem MARX-Kontext eine grosse Bedeutung zu: auch dies ein Hinweis, dass er die Indikation in einen breiteren Zusammenhang stellt und die individuelle Problematik auch aus dieser Sicht beleuchtet. - Der Einfluss der einzelnen Kontexte auf den eigenen Urteilsprozess wird reflektiert: besonders die Bedeutung persönlicher Wertvorstellungen und Identifikationen (CALVIN) auf die Indikationsstellung ist Gegenstand von Ueberlegungen. Die Selbstreflektion ist sehr ausgeprägt (FREUD) und kann ungehindert funktionieren.

Die linguistischen Analysen ergeben, dass sich dieser Beurteiler-typ in einer Sprache ausdrückt, die mit "wissenschaftlich" charakterisiert werden kann. Der Expertenindex fällt relativ hoch aus: der Beurteiler verwendet in seinem "lauten Denken" die Begriffssprache seiner Ausbildung: die psychoanalytische. Verglichen mit anderen Beurteilern greift er relativ viele Themen aus dem Interview auf, fügt aber auch ein grosses Spektrum eigener Ueberlegungen bei.

Betrachten wir die konsekutive Abfolge der Gedanken, so fällt auf, dass der Beurteiler zuerst seine eigene Situation reflektiert, seine Identifikation mit der Psychoanalyse zu erkennen gibt und dadurch mögliche persönliche Konflikte thematisiert. Darauf kann er seine Aufmerksamkeit ungestört auf die Aufgabenstellung richten. Vielleicht wirkt er deshalb relativ resistent und tolerant dem experimentellen Setting gegenüber ("tolerance of unrealistic experience"). Sein Problemlösungsstil kann charakterisiert werden einmal durch die Breite der berücksichtigten Aspekte der Indikationsstellung und weiter durch das hohe Ausmass an Selbstreflektion: er verbalisiert, auf welche Informationen er sich in einer Aussage bezieht, welche Einfälle er wann und warum hatte, zu welchen Hypothesen sie ihn führten und wie er diese im Hinblick auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen gewichtet. Er verfolgt meist mehrere Hypothesen gleichzeitig, bringt sie in einen, manchmal latenten, Zusammenhang und wägt sie gegeneinander ab. So sind inkonsistente Wahrnehmungen für ihn nicht störend, sondern Teil einer Strategie der Urteilsbildung selbst (MACHIARELLI). Er zeigt eine flexible Kontrolle ("flexible control"), die es ihm u.a. ermöglicht, viele Seiten eines Sachverhaltens in seine Überlegungen einzubeziehen.

Er wartet relativ lange, bis er Hypothesen aufstellt, denn er beginnt entweder mit allgemeinen Reflektionen zu einem bestimmten Problemfeld, das er gerade beleuchtet oder vergegenwärtigt sich nochmals entsprechende Informationen zur Patientin ("field articulation"). Begriffliche Codierungen folgen erst nach einer alltagssprachlichen, vorthoretischen Beschreibung.

Deutlich ist auch das "sharpening". Aus einem beleuchteten Problemfeld werden Details, die zu einer relevanten Informationsstruktur gehören, scharf herausgeholt (entsprechend dem aktivierten "frame") und gesamthaft kognitiv verarbeitet.

Ein weiteres charakteristisches Merkmal ist das Fokussierende seines Vorgehens: scheinwerferartig wird die Aufmerksamkeit zwischen verschiedenen Informationsstrukturen hin und her geschoben, manchmal

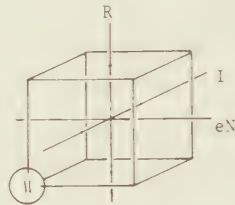
werden Sachverhalte in einer grossen Distanz beleuchtet (z.B. gesellschaftliche Zusammenhänge), dann wieder wird Näherliegendes fokussiert (z.B. eigene Erfahrungen mit Indikationen). So überwiegt in seinen Denkprotokollen das assoziative Vorgehen, doch finden wir auch einige Passagen, in denen er sich logisch-linear ausdrückt (z.B. bei Aussagen auf einem hohen Abstraktionsniveau).

Um dem Leser einen Eindruck von der Diskrepanz möglicher Vorgehensweisen bei der Indikationsstellung zu geben, beschreiben wir anschliessend einen Problemlösungstyp, der extrem verschieden von dem eben geschilderten ist:

TYP II : DER EXPERTE AUS ABWEHR

Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 222)



Kommentar zum Denkprotokoll

1. Denkprotokoll

Zeile im
Denkprotokoll

- | | |
|--|------|
| 1. Der Beurteiler beginnt mit einer moralischen Aussage: die Patientin erscheint ihm als ehrlich, nicht fassadenhaft, unsicher. (CALVIN, MOZART) | 1,2 |
| 2. Er fragt sich, wie die Unsicherheit zu interpretieren ist, verfolgt aber den Gedanken nicht weiter. | 3 |
| 3. Eine weitere Beobachtung wird angefügt: die Patientin erzählt mehr von der Mutter als von sich. Daraus leitet er eine erste diagnostische Hypothese ab: sie identifiziert sich mit der Mutter. Es wird nicht begründet, welche Überlegungen zu der Hypothese führen (das "Einschnappen" des frames: Mutteridentifikationen geschieht wahrscheinlich unbewusst). | 5,6 |
| 4. Es folgen weitere Hypothesen: die Patientin ist introspektionsfähig, leidend und motiviert. Vermutlich folgt hier der Beurteiler psychoanalytischen Indikationskriterien, allerdings ohne dies explizit auszudrücken. | 6-11 |

- PROTOKOLL 35 - (PSYCHIAI. B 30. 3.77 M)

Es fällt mir zunächst ihre Ehrlichkeit auf. Sie scheint sich nicht hinter einer Fassade zu verbergen. Sie ist sehr un sicher, was auch mit der Untersuchungssituation zusammenhängt. Mir fällt auf, dass sie mehr von ihrer Mutter als von sich selbst erzählt, je länger sie redet. Ich vermute, dass sie sich stark mit dieser Mutter identifiziert. Sie versucht Zusammenhänge zu ihrer eigenen Situation zu sehen. Sie scheint auch eine gewisse Fähigkeit zur Introspektion zu haben. Sie steht offensichtlich unter einem Leistungsdruck und scheint mir für eine Behandlung motiviert. (Schaltet Tonband aus.) Die Chancen für eine grosse analytische Behandlung scheinen mir gross. (Schaltet nach jeder Satz das Tonband aus.)

2. Denkprotokoll

Es dünkt mich je länger je mühsamer, diesen Patientin zu-
zuhören. Es ist auffällig, dass sie eine passive Erwartungs-
haltung einnimmt, (Schaltet Tonband aus.) Was meinen ersten
optimistischen Eindruck verschlechtert. Ihre Stellung zu
ihrem Mann scheint ihr völlig undurchsichtig zu sein. Sie
ordnet sich ihm unter. Er hat kein Verständnis mit ihr. Sie
scheint aber unfähig zu sein Konflikte mit ihm zu bespre-
chen, ihre aggressiven Gefühle ihm gegenüber zu äussern.

(Schaltet Tonband aus.) Prognostisch ungünstig ist ihre Sucht-
gefährdung. Nach dem zweiten Teil finde ich es für diese
Patientin besser eine stützende Psychotherapie unter Zu-
satz von niedrig dosierter Antidepressiva. Ich würde diese
Patientin aber nicht selbst in Therapie nehmen.

5. Nun wird, ohne dies aus den Hypothesen abzuleiten, 11/12
die Indikation gestellt: psychoanalytische Behandlung.

(Nach jedem Satz wird das Tonband ausgeschaltet:
der Beurteiler scheint in seiner Aufgabe des lauten
Denkens gestört: er kann nur wenige seiner Ueberlegungen
laut verbalisieren und kontrolliert die, die er äussert).

2. Denkprotokoll

6. Nun äussert sich der Beurteiler zu seinem eigenen Zustand: 13
er findet es mühsam, der Patientin zuzuhören (FREUD).
Doch der introspektive Ansatz wird nicht weiter verfolgt.
7. Eine Aussage zur passiven Erwartungshaltung folgt, die nach 14
einer Unterbrechung, (Tonband wird ausgeschaltet) mit
einer frühern impliziten Eindruck verbunden wird.
8. Eine neue Thematik wird angeschnitten und Informationen
dazu abgerufen: die Beziehung zwischen der Patientin
und ihrem Mann. Darauf wird wieder das Tonband ausge- 18-21
schaltet. Es werden keine expliziten Hypothesen aufgrund
dieser Informationen aufgestellt.
9. Unvermittelt wird eine prognostische Aussage gemacht.
Vermutlich wird hier das Wissen zur Behandlungsmöglich- 22
keiten von Suchtpatienten abgerufen, aber nicht explizit
erwähnt.
10. Die erste Indikationsstellung wird revidiert und eine
stützende Therapie ins Auge gefasst, die zudem mit 24
Antidepressiva ergänzt wird. Sie wird nicht weiter be-
gründet.
11. Abschliessend betont er, dass er die Patientin nicht 25
selbst behandeln möchte.

Wir interpretierend kurz zusammenfassend:

Dieses Denkprotokoll enthält fast vorwiegend Hypothesen zum
Zustand der Patientin oder zur Indikationsstellung, ohne
dass diese weiter begründet werden. Sie werden fast zu-
sammenhanglos hintereinandergereiht. Eigene Ueberlegungen
fehlen praktisch ganz. Die vereinzelt Aussagen über den
eigenen Zustand ("mühsam, der Patientin zuzuhören", "würde
Patientin nicht selbst in Therapie nehmen") werden nicht
weiter ausgeführt. Der Beurteiler schaltet fast nach jedem
Satz das Tonband aus: Fühlt er sich sehr unsicher? Muss er
sich sehr kontrollieren in seinen Äusserungen?
Jedenfalls scheint er in seiner Kreativität stark einge-
schränkt, er kann wenig auf die Problematik der Patientin
oder seine eigenen Empfindungen während des Experiments,

seine eigenen Erfahrungen mit Indikationsstellungen, persönlicher Wertsetzungen etc. eingehen. Der Einfluss von Identifikationen, ethischen Vorstellungen wie auch der verschiedenen Kontexte auf den eigenen Urteilsprozess wird nicht reflektiert.

Weiter fällt auf, dass der Beurteiler viele Fachausdrücke verwendet: Möchte er seine eigene Unsicherheit dadurch kaschieren? Sich hinter der Rolle des Experten verbergen?

Zusammenfassende Charakteristika: TYP II: DER EXPERTE AUS ABWEHR

(vgl. Tab. 10)

Laut den Einschätzungen gelingt diesem Problemlösungstyp die Indikationsstellung schlecht. Er kann wenig auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen und seine eigene Konfliktsituation bei der Indikationsstellung nicht reflektieren. Er ist in seiner verbalen Produktivität sehr eingeschränkt.

In seinen Denkprotokollen ist die Wirkung dreier Kontexte erkennbar, von MOZART, CALVIN und FREUD. Allerdings weist nur CALVIN eine mittlere Intensität auf, die beiden andern Kontexte sind in ihrer Wirkung nur schwach erkennbar und die übrigen tauchen gar nicht auf. Keiner der Kontexte wird in seinem Einfluss auf die eigene Urteilsbildung reflektiert. Die selbstreflektive Kapazität des Beurteilers wird nicht ausgeschöpft: man hat den Eindruck von einer schweren Behinderung des FREUD-Kontextes vermutlich durch CALVIN-Interventionen (Die eigene Unsicherheit bei der Indikationsstellung kann nicht reflektiert werden, vermutlich, weil sie nicht zu vereinbaren ist, mit dem Anspruch, psychiatrischer Experte zu sein.).

In der Wortschatzanalyse zeigt sich, dass dieser Beurteiler nur wenige Themen aufgreifen kann, die im Interview mit der Patientin auftauchen. Auch das Repertoire seiner eigenen Überlegungen ist klein. Dies ist ein weiterer Ausdruck seiner kognitiven Einschränkung.

Interpretieren wir, analog zur logisch-konsekutiven Darstellung unseres Modells, die Denkprotokolle fällt zuerst auf, dass hier gleich mit Hypothesen über die Patientin begonnen wird ("sie ist ehrlich") und nicht weiter begründet wird, auf welche Informationen oder Ueberlegungen sich diese abstützen. Auch im folgenden werden vor allem Aussagen und Hypothesen aneinandergereiht, aus denen, für den Leser kaum nachvollziehbar, Schlussfolgerungen für die Indikationsstellung hervorgehen. Wir finden keine assoziativen, einander unterbrechende Ueberlegungen, sondern ausformulierte Aussagesätze zum Zustand der Patientin oder zu Fragen der Indikation.

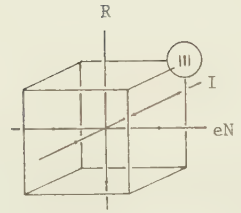
Die Aufmerksamkeit ist nicht fokussierend, d.h. sie bewegt sich in einem relativ engen thematischen Spektrum. Dem entspricht auch das eingeschränkte Wahrnehmungsfeld dieses Beurteilertyps ("field articulation"), das sehr rasch mit Hypothesen strukturiert wird, Hypothesen, die aber durch ihre Allgemeinheit auffallen und wenig über spezifische Persönlichkeitsstrukturen der individuellen Patientin aussagen: Ein allgemeingültiges, psychiatrisches Raster wird auf diesen Fall angewendet. Weiter ist das "leveling" charakteristisch für diese Protokolle: Einzelheiten werden kaum aus einer Informationsstruktur herausgehoben und detailliert betrachtet. Der Beurteiler weist zudem eine konstriktive Kontrolle ("constricted control") auf: inkonsistente Wahrnehmungen und Kognitionen werden eher unterdrückt.

Dieser Beurteiler ist im Rahmen dieser Untersuchung nicht fähig, die Aufgabe des "lauten Denkens" zu lösen: er kann nur dessen Produkte mitteilen und kontrolliert sich stark in seinen verbalen Äusserungen. Der hohe Expertenindex zeigt, dass er versucht, als Experte aufzutreten. Dies schränkt ihn in seinen kognitiven und kreativen Möglichkeiten sehr ein. Er ist (durch das Experiment?) in seinen Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeiten stark beeinträchtigt.

TYP III : DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER

Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 227 ff.)



Kommentar zu den Denkprotokollen

<u>1. Denkprotokoll</u>	Zeile im Denkprotokoll
1. Die Aufgabenstellung wird nochmals vergegenwärtigt.	1
2. Nach einer Denkpause findet der Beurteiler eine Strategie des Vorgehens (MACHIAVELLI): er lässt sich die Informationen, die er im ersten Videoabschnitt erhalten hat, durch den Kopf gehen, beginnt mit dem Nonverbalen und ringt nach einem sprachlichen Begriff, um seinen Eindruck von der Mimik zu beschreiben ("künstlich": CICERO).	2 2-7
3. Nach einer weiteren Pause folgt eine andere Beobachtung: das Sich-Öffnen der Patientin wird auf die Interaktion zurückgeführt (vermutlich wird hier ein entsprechendes frame zu diesem Problemkreis aktiviert). Als Gegensatz dazu wird der erste Eindruck gesetzt, die Patientin könnte paranoid sein (dieses frames wurde durch die Information "Angst vor der Technik" herbeigeholt).	7-12
4. Aufgrund einer Abfolge in der Erzählung der Patientin: Zurückgezogen- Schmutz - Mutter kommt er zu der ersten Hypothese :depressive Problematik (die benutzte Information (MOZART) und die Strategie der Urteilsbildung (MACHIAVELLI) wird angegeben).	12-16
5. Weitere Informationen zu dieser Hypothese werden abgesucht: genetische anhand von einzelnen geschilderten Szenen und psychoanalytisch-entwicklungspsychologische (deutlich z.B. sein gespeichertes Wissen zur Theorie der Introjekte, Idealbildung, Entstehung der Depression etc.). Eindrücklich wie assoziativ vorgegangen wird: die Einfälle zur Hypothese folgen einander frei. Man gewinnt den Eindruck, dass es dem Beurteiler gelingt, die innere Haltung des freien Assoziierens einzunehmen und seine Fantasien und Gedanken wahrzunehmen, zu verfolgen und anzugeben, aufgrund welcher Informationen sie zustande gekommen sind.	16 - 39

Indikationen? Diagnostische? (5 Sek.) Ja ich muss es mir noch einmal
 die 6 Minuten überlegen bevor ich antworte. Ja, wenn man das Nonverbale
 betrachtet, sie ist natürlich irritiert durch die Technik, das sieht man
 ganz deutlich. Und, ich habe das Gefühl, der Interviewer hat ihr auch nicht
 besonders geholfen das da zu überwinden. Die Mimik hat etwas - Künstliches.
 Mir fällt nicht der genaue Begriff dafür ein. Es ist nicht "gesteuert" aber
 etwas Künstliches, Aufgesetztes, hat ich den Eindruck. (6 Sek.) Und -
 dann hat man allerdings das Gefühl, sie kommt etwas ins Fieber, ich weiss
 eigentlich auch nicht warum, das scheint da, man sieht ja nur sie, man sieht
 ja das Gegenüber nicht, es muss irgend etwas mit der Interaktion zu tun
 haben, die sich dort dann öffnet. Zunächst hatte man so etwas das Gefühl,
 es konnte latierend werden, dieses sich-bevorzugt-fühlen von der Technik. Was
 dann kommt, diese Zurückgezogenheit und mit dem Schutz, und dann kommt die
 Mutter - keine erste Hypothese war, geht es um die depressive Ich-Pathik,
 eine Lösungsgeschichte von der Mutter, irgendwas Syntactisches wird
 noch im Spiel sein. Und der Kampf mit dem Schutz ist eigentlich nicht
 ganz klar, vielleicht hat es was zu tun um die Depression abzuwehren -
 (hustet) eine Reifungshypothese scheint sie auch gehabt zu haben als
 Kind, man müsste genauer sehen, wann ist sie aufgetreten, in welcher Alter,
 was war da, hatte es irgendwas mit der Mutter zu tun, mit irgendeiner Lös-
 lungsgeschichte. Das fällt mir ein, wie war das, ja da kommt die Mutter
 nicht, die so sehr kontaktfähig ist und sie zieht sich so zurück, ja irgend-
 was hat das wohl auch, dieses Syntactische sich-zurückziehen, wie soll man
 das sagen, vielleicht mit, die Mutter behält sozusagen die Ideal, die
 Mutter ist das Ideal gehalten, nicht sehr kontaktfähig und kann mit wild-
 fenden Menschen Kontakt aufnehmen, was die Patientin sehr idealisiert, auf
 der einen Seite, und sie scheint sich mit dem erweiterten Teil der Mutter,
 mit der Rückzug in den Alkoholismus, irgendwas muss es sein, zu
 identifizieren. Beides, das Ideal vor der Mutter und der erweiterte Teil der Mutter.
 Mutter so klein und im Selbstbild eigentlich der erweiterte Teil der Mutter.
 Ja da ist die sehr schöne Sequenz, wo sie sagt, die Mutter überhakt sich,
 mit wildfenden Menschen, und gerät sie sehr leicht in Kontakt und sie fühlt
 sich, sie ist plötzlich alleine und geht nach Hause. Und darüber geht sie
 sehr schnell hinweg und spricht nur über die Mutter und ihre kommunikative
 Fähigkeiten. Aber dass die Mutter sie ganz vergessen hat, der Affekt
 darüber ist bei der Patientin überhaupt nicht da. So habe ich es wenigstens
 verstanden, dass sie dann alleine nach Hause zurückgeht, weil sie das Gefühl

40 nat, die Mutter hat sie völlig vergessen. Ja, mit dem Vater ist - ich muss
 sagen, das ist mir fast völlig entfallen, ich glaube, der sei so gleichgültig
 gewesen, so war das, glaube ich. Aber über ihre Beziehung zur Vater ist
 eigentlich kann etwas bis jetzt deutlich geworden. Die Mutter scheint zu-
 nächst das Haut-Fibrom - Person angetreten zu werden. (13 Sek.) Ja, was war
 noch für Information drin. (15 Sek.) Ich kann so schwer den Anfang ver-
 weilen, weil diese Irritation durch die Technik da drin war, sonst, ja viel-
 leicht noch, - die Zurückgezogenheit scheint progressiv, das scheint bei
 diesem Sympthema prognostisch doch sehr gut zu sein, dass sie eigentlich einen
 45 lebendigen Kontakt findet zum Interviewer, wenigstens hatte ich den Ein-
 druck. Ich kann den Interviewer nicht sehen, deshalb kann man da nur Ver-
 mutungen äussern, aufgrund von was das zustande kam. Der fragt eigentlich
 sehr wenig, lässt viel laufen, an manchen Stellen hätte man da vielleicht
 schon intervenieren können, aber er lässt viel laufen. (15 Sek.) Ja, zur
 50 Behandlungsform zur Diagnose, die ja schon ungefähr - (15 Sek.) - die
 Mutter scheint ja immer wieder zu kämpfen mit dem Abrutschen in Phasen,
 wo sie eigentlich ihre inneren Objekte zu verlieren droht und die dann durch
 den Alkohol versucht wieder in sich reinzukriegeln und festzuhalten. Und
 55 wieviel das Suchtproblem auch bei der Patientin eine Rolle spielt ist mir
 nicht klar, ob die auch eine Sucht hat oder was da los ist, wusste man ab-
 warten. Auch was die Rückzüge für sie bedeuten, was spielt sich da
 eigentlich ab, hat sie Angst, eigentlich innerlich der Kontakt zu verlieren,
 60 leer zu sein, sie wurde sehr wütend auf den Alkohol der Mutter, was ja
 vielleicht eine sehr gesunde Reaktion war. Behandlungsfragen könnte ich
 jetzt noch nicht sagen. Also bestimmt nichts Kurzes, nicht man weiss noch
 nicht, wie stabil sind ihre inneren Objekte? (14 Sek.) So viel.

- Ich hoffe, dass mir jetzt noch alles einfällt, was ist schwierig. Am Schluss zu diesen Träumen, d.h. Zwischendrin hatte ich mich getraut, wenn man es mal psychiatrisch formuliert, hat die eine manisch-depressive Erkrankung. Musste man genau erklären, ob es solche Phasen, solche manische Phasen bei der gilt, wo alles plötzlich so leicht war und sie als zehnjähriges Kind fühlt und alles so schön war. Natürlich kam dann die psychodramatische Frage, was steckt eigentlich hinter dieser Etikettierung als manische Phase. In den Träumen kam davon etwas hervor. Das Meer ist so schön und sie sieht weiße Häuser oder schöne Häuser, glaube ich. Auf der anderen Seite hat sie in der Realität Häuser, vor denen sie einen Brechreiz empfindet. Sie selbst steckt in einer engen Föhle. Man geht gar nicht fehl, wenn man statt des Hauses die Mutter setzt und das Meer hat ja auch etwas mit der Mutter zu tun. Und ich habe mich getraut, ob dieses Schwitzsystem nicht etwas auch in Verbindung mit dem Brechreiz bei den Häusern zu tun hat. Ah, ich bin mir da aber nicht so - das müsste ich noch genauer überdenken. Da muss man länger darüber nachdenken, ob das nicht etwas zu tun hat mit der Beziehung zur Mutter, also irgendwie so, ob nicht der Schwitz auch etwas Freigesagtes hat. Aber da scheint auch sehr regressive Phantasien an Werk zu sein und der Wusch nach Gelangertem und in die Wohnungen hineinzugucken und da Brechreizgefühl. Wenn man ganz spekulativ sein will, könnte man auch die Föhle sozusagen "zurück in den Mutterlauch" könnte man das auch so fassen. Wenn sie mit dieser Föhlerängsten zu tun hat. Anschließend scheint es ja keine Angst zu machen, so ist es, die Föhle, sie steckt da drinnen und kann sich nicht bewegen. Ich halt auch das ja, ja, so muss man sagen - die ist festgewurken, die hat irgendwas in sich, wo sie festgewurken ist, und das hat etwas mit dieser Rückzug zu tun, wo wahrscheinlich haben diese Röhren etwas mit dieser Rückzug zu tun, wo der Mann sie so fremd empfindet. Ich glaube da kommt auch dieses eingetragene Intjekt wieder zum Zuge, scheint mir. Und die Interaktion zwischen der Ehefrau und ihr ist ja auch sehr interessant. Der Ehefrau scheint ja in der Position der Mutter zu sein für sie, sie möchte der Ehefrau in der Position der Mutter haben. Sie scheint gar nicht so recht zu einer postödiptaler, genitalen Beziehung, psychodynamisch gesehen, fähig zu sein. Wenn sie der in der Position der Mutter haben möchte, ist natürlich klar, dass das Geschäft ein hohes für sie ist. Das Geschäft, das den Mann beunruhigt. Es ist die Frage, hat sie Geschwister gehabt. Das ist bis jetzt nicht deutlich geworden. Welches Problem ist damit verbunden. Ah, dann scheint der Mann ein ähnliches Symptom, wie sie zu haben. Der kann es nicht alleine aushalten. Sie zieht sich zurück. Aber sie scheint zur Eltern das Alleinstehen zu suchen.

- Der Mann kann es nicht aushalten. Es ist die Frage, was war da eigentlich. Warum kam es plötzlich zu diesen Beckzügen, scheinbar vor einiger Zeit. Das ist nicht geklärt. Die Medikamentensucht kam schon heraus, wie ich es vermutet habe. Aber da komme ich darauf zurück, aber erst mal das mit der Interaktion zwischen den beiden. Ah, die wird so fremd. Der Mann stellt fest, sie sei so kalt und mir scheint, dass sie sich da mit der Mutter identifiziert, wenn die Mutter sich in der Alkohol zurückgezogen hat. Irgendwie so was scheint da drinnen zu sein. Oder sagen wir es mal andersherum. Die Problematik der Mutter, die selber wohl nie stabile innere Objekte hatte, scheint irgend etwas jetzt auch mit der Tochter zu tun zu haben, wo die sich zurückziehen muss, wo sie kalt und fremd wird und wo irgendetwas, irgendetwas zu tun hat mit einem eingearbeiteten Introjekt, musste man weitersehen. Was war da noch?
- Ja, die muss ja praktisch gefressen haben Medikamente, Amphetamine. Also scheint sie versucht zu haben, indem sie sich selber innerlich, der Leere zu entziehen vielleicht, der Leere, indem sie sich innerlich mit Medikamenten aufputscht, indem sie sich mit Medikamenten aufgefutscht hat. Leider hat der Interviewer da nicht so gut nachgefragt. Es ist etwas unklar. Sie hat anscheinend 3 Jahre Medikamente getressen, hat dann aufgehört. Ob sie jetzt noch, jetzt unter Medikamenten stand, ist nicht ganz deutlich. Ich habe vielleicht auch einen Hörfehler gehabt, nicht so richtig gehört was los war, mit den Medikamenten. Nachdem sie dann abgesetzt hat, muss irgendwie so dieses Thema mit dem 10-jährigen Kind gewesen sein, wo sie sich wieder als 10-jähriges Kind fühlt. Die Frage: Was war da, als sie 10 Jahre alt war. War da irgend etwas in ihrem Leben. Das war auch nicht klar. Ja, ich vermute, dass ziemlich regressive Fantasien am Werke sind, wo sie zurückwünschte mit diesen Naturenbildern, zurück eigentlich zu einer sehr, vielleicht symbiotischen, guten Beziehung zur Mutter, dem Getragen-Sein durch die Natur oder wie man es nennen will. Und die Frage ist natürlich, die kann sich da stellt, ist sie suizidgefährdet, versucht sie nicht vielleicht mit Hilfe eines Suizid zu so einer banischen Verteidigung mit der Mutter zu kommen, indem sie ins Wasser geht oder sich mit Tabletten umbringt. Ja wenn ich nachdenke, ob mir noch was einfällt, was da noch für Informationen waren, ja insgesamt ist das Bild natürlich etwas schwieriger geworden noch. Am Anfang war eigentlich, ich bin etwas zurückhaltend, nachdem auch diese Tabletten sucht herauskam, die auch nicht genau expliciert wurde. Es hat es da etwas lauten lassen. Man hatte über den Umfang der Tabletten sucht gar keinen so richtigen Über-

- warum es zu der Rückzuger kam von denen sie spricht. Da muss es irgend-
einen aktuellen Anlass gegeben haben, vermutlich was mit dem Ehemann. Ja,
anscheinend nicht, das ist auch so was, sie selber hat das Gefühl, sie
145 selber kann keine gute Mutter sein, sie will keine Kinder haben. Sie kann
eigentlich dem Ehemann auch keine Geforgenheit so weit geben, der muss sich
bekannte ins Haus nehmen. Sie scheint ja nicht in der Klinik gewesen zu sein,
wenigstens spricht sie nicht direkt davon, dass sie in der Klinik war. Ich
habe mich da gefragt, war die mal statisch in der Klinik. Aber woher
150 sollte sie es auch haben, die Identifikation mit guten, mütterlichen
Funktionen. Ja da musste man natürlich ein bisschen weiter gucken, also
wie die Interaktion zwischen Mann und Frau ist. (14 Sek.) Ja, was ist
sonst zu sagen - die Tablettersucht, der Mann, die Träume. Das fand ich
nicht gut, wie er da interveniert hat, er hat das Gespräch eigentlich
155 zurückgedreht. Ach ja, das ist ja noch sehr interessant. Er dreht an der
Stelle das Gespräch zurück zu einem früheren Zeitpunkt, wo die Patientin
nicht mehr weiterweiss. Und wo man sehr gut hatte etwas über den Indikations-
aspekt und die Prognose hätte herauskriegen können, indem man da dran
bleibt am Ball. Was heisst das: Es ist alles weg, was geht da in der Patientin
160 vor und so. Er hat es ihr etwas suggestiv nahegelegt, anscheinend ist sie
genug gewusst hat, als sie vom Mann weggeredet hat oder so. Das wäre natür-
lich sehr wichtig gewesen das genau abzuklären. Stattdessen übernimmt er
einfach etwas und geht zurück und fragt nach dem Mann. Er lässt die Chance,
etwas über diese Gedächtniserluste herauszukriegen, die lässt er aus.
165 Es ist die Frage, stand die unter Neoklassikern, unter Behandlungsmitteln
während des Interviews, ist deswegen etwa alles weg, verschwindet deswegen
immer wieder alles, oder was ist da eigentlich los. Ich glaube, es ist
wichtig bei dieser Patientin, dass man stützend ist, dass man sie nicht
170 einfach dann durch reden hangen lässt, das ist auch etwas was man bei
der Inokulation berücksichtigen soll, so bei Behandlungstechnik, dass man
kann, glaube ich nicht hangen lassen darf. Aber um das genauer beurteilen zu
können, müsste man mehr darüber erfahren, was ist eigentlich los, wenn
alles weg ist. Was ist da effektiv los. Geht ihr das auch so?
175 (10 Sek.) Mit dem Gespräch, das war auch sehr interessant. Das war auch
nicht so klar. Was haben die eigentlich für ein Gespräch, was machen die ge-
da zusammen. Wer sind ihre Rivalen - die Kunden, oder überhaupit das ge-

Schäftliche Engagement? (15 Sek.) Ja zur Diagnose. -
U.:

Ja zur Indikation, ob Du schon an was konkretes denken könntest.

E.:

180 Ja, diagnostisch ist es ja deutlich, dass die Patientin ein Problem mit dem Primärobjekt hat und darin hängt sie fest. Ah, sie hat das Problem mit der Mutter, ein sehr reales Problem anscheinend immer noch, dass sie sich von der Mutter nicht so richtig abgelöst hat, obwohl es auch nicht klar wurde, sie sprach mal davon, die habe sich atrupf von zuhause abgelöst...
Was ist da eigentlich passiert. Hat es Streit gegeben, ist sie von zuhause weggelaufen, was meint sie damit? Meint sie damit das Elternhaus oder meint sie den Mann. Es scheint sie hat das Problem real mit der Mutter und sie hat das Problem auch mit dem Mann, der in der Position des Primärobjektes ist.

185 (15 Sek.) Ja, und die Träume sprechen ja auch dafür, für dieses Problem, dann die Medikamentensucht, die da da war. Ja ich würde eigentlich sagen, so nach dem Stand der Dinge jetzt, wenn man sich überhaupt schon festlegen kann, so müsste man zunächst mal eine ein- oder zweistündige Therapie machen um zu sehen, was ist los, was ist auch los mit diesen, sind es Absenzen, ist da plötzlich alles weg, was ist eigentlich psychodynamisch los, hat es auch etwas mit der Mutter zu tun? Dass sie da etwas verliert, den Kontakt verliert? Also ich wäre da jetzt vorsichtig mit einer psychodynamischen Behandlung, also mit einer grossen Psychoanalyse. Ja so viel.

190
195

6. Nun fällt ihm der Vater ein. Er stellt fest, dass ihm möglicher- 38
weise Informationen dazu entfallen sind (FREUD), nimmt aber an,
dass bis jetzt die Vaterbeziehung der Patientin nicht deutlich
geworden ist. Daraus leitet er eine weitere Hypothese ab: die
Mutter wird als Hauptproblem-person angeboten. -42
7. Nach einer Pause gibt er an, dass er nach weiterer Information 43 -51
sucht und äussert sich kritisch zu einem möglichen Einfluss
der Technik auf das Verhalten der Patientin. Dies bringt ihn
zu einer Beobachtung über einen Widerspruch zwischen der
anfänglichen Zurückgezogenheit der Patientin und ihrem an-
schliessenden lebendigen Kontakt zum Interviewer. Daraus
leitet er eine Aussage zur Prognose für die Behandlung der
Patientin ab. In diesem Zusammenhang äussert er kritisch
selbstreflektierend Vermutungen über das eventuelle Interview-
verhalten. (Suche nach Gründen für das Patientenverhalten).
8. Nach einer weitem Pause nimmt er die Aufgabenstellung wieder 51 - 63
auf, will sich zur Diagnose äussern, wird aber durch ein inter-
rupt zur möglichen Beziehung zwischen der Symptomatik der
Patientin und der alkoholischen Mutter unterbrochen. Dieser
Einfall scheint ihm zu vergegenwärtigen, dass er noch viele
Vermutungen abklären müsste, bevor er, wie er wollte (53),
eine Diagnose stellt. So entscheidet er sich für eine "Noch-
nicht-Entscheidung" (62: CALVIN). Das einzige, was er entscheiden
kann zu diesem Zeitpunkt ist, dass die Patientin eine längere
Behandlung braucht.

2. Denkprotokoll

9. Der Beurteiler beginnt mit einer selbstkritischen Aussage, 64
ob ihm wohl alles wesentliche noch einfällt und bezeichnet 65 - 72
die gestellte Aufgabe als schwierig (FREUD). Er will von
den Träumen erzählen (MOZART), unterbricht sich aber durch
einen Einfall zu einer Diagnose, die ihm zwischendurch eige-
fallen ist: manisch-depressiv. Psychiatrisches und psycho-
dynamisches Wissen dazu wird abgerufen.
10. Nun greift er auf den unterbrochenen Gedankengang zu den 93
Träumen (9.) zurück und verknüpft die Informationen dazu
mit der Mutterproblematik der Patientin. Er stellt eine
Reihe (psychoanalytisch fundierter) Hypothesen dazu
auf, die er im folgenden gegeneinander abwägt, Informationen
dazu einholt, theoretische Überlegungen anstellt. Die aktuelle 93
Beziehung zum Ehemann wird unter dieser Sicht beleuchtet
(er ist in der Mutterposition). - 114
(Dieser Abschnitt scheint uns typisch für ein psychoanalytisches
Vorgehen: Einfälle im Umkreis einer ganzen Problematik mit
verschiedenen Detailhypothesen werden registriert, mit
Wissen aus dem LTM oder auch dem STM (andern Hypothesen z.B.)
verknüpft und assoziativ weiterverfolgt. Informations-
selektion und Vorgehen bei der Urteilsbildung werden
transparent und scheinen der Reflektion des Beurteilers
zugänglich zu sein (FREUD z.B. in Äusserungen wie: "da
müsste man weitersehen." (114). Deutlich sind auch die
interrupts zwischen verschiedenen Kontexten (Anzeichen dafür
z.B. die äh's und Pausen), z.B. die von CICERO (88: "ja, so

muss man sagen ").

11. Es folgt eine Zäsur: "was war da noch ?". Aus der anschlies- 114-121
senden Äusserung wird sein Engagement an der Patientin
deutlich: emotional offenbar sehr beteiligt, fragt er
sich, wie die Patientin die Medikamentensucht wohl erlebt.
12. Nach diesem Abschnitt, den man als Hinweis auf "Probe- 121-151
identifikationen" betrachten könnte, folgen Überlegungen,
die aus einer wieder eingenommenen Distanz des Beurteilers
folgen: kritische Äusserungen zu sein r ev. unkorrekten
Informationsaufnahme (FREUD), zum Interviewerverhalten,
fehlender Information zur Tablettensucht, ev. Suizid-
gefährdung, genetischen Zusammenhängen, dem aktuellen
Anlass für die momentane psychische Situation (143) und
schliesst, nach diesem Aufstellen verschiedener Hypothesen
und ihrer vorläufigen Betrachtung mit einer ähnlichen
Entscheidung wie im 1. Denkprotokoll: "Ja, da müsste man
natürlich ein bisschen weiter gucken." (151)
13. Nach einer Pause sucht er nach weiterer relevanter Informa- 151-174
tion, ruft sich anhand von Stichworten die bereits abge-
deckten Bereiche (Tablettensucht, Mann, Träume) ins Be-
wusstsein, dabei fällt ihm eine Interviewerintervention
ein, die er im weiteren kritisch beleuchtet (hat er sich
an dieser Stelle mit dem Interviewer identifiziert und
sich vorgestellt, wie er an seiner Stelle vorgegangen
wäre ?). Ihm fehlen wichtige Informationen zu "Gedächtnis-
verlust", die für die Indikation von entscheidender Be-
deutung für ihn sind. Wieder wird sein Engagement für die
Patientin transparent: "Man darf sie nicht hängen lassen."
14. Aufgrund einer Frage (174) fallen ihm weitere fehlende 174
Informationen ein, bis er sich nochmals auf die Aufgaben-
stellung besinnt (177).
5. Im Hinblick auf die Indikation werden die verschiedenen 179-196
Detailhypothesen zu einer übergreifenden vorläufig
zusammengefasst: Störung mit dem Primärobjekt. Aus einem
nochmaligen Sich-vergegenwärtigen der fehlenden Infor-
mation und der sich daraus ergebenden Unsicherheit
bei der Indikationsstellung (FREUD), baut er diese
Unsicherheit mit in die Indikationsstellung ein: als
erste therapeutische Strategie schlägt er vor, eine
zweistündige analytische Therapie zu machen, die es
ermöglichen soll, die verschiedenen Unklarheiten im
diagnostischen und aktuellen Bereiche weiter abzuklären.

Wir interpretieren kurz zusammenfassend:

Wie TYP I zeigt dieser Beurteiler ein hohes Mass an Einsicht in eigene Vorgehensweisen und kognitive Prozesse bei der Indikationsstellung auf. Im Gegensatz aber zum ersten Typ bewegt er sich auf einer andern Ebene: er äussert sich wenig zu Problemen der Indikationsstellung im allgemeinen (z.B. fehlen MARX-Interventionen), sondern beschäftigt sich intensiv und ausschliesslich mit der ihm vorgestellten Patientin. Ein direktes emotionales Engagement für sie ist spürbar und ein Ringen um das beste psychotherapeutische Verfahren für diese individuelle Person. So ist sein Urteilsprozess z.T. dadurch charakterisiert, dass sich Phasen der Probeidentifikation mit solchen der grössern reflektiven Distanz abwechseln: um die Patientin zu verstehen, versucht sich der Beurteiler in ihre aktuelle und frühere Lebenssituation hineinzuversetzen und nachzuempfinden, wie die Patientin fühlt, denkt und leidet (z.B. an ihrer Tablettensucht verbunden mit der Mutterproblematik). Eine weitere Spezifität dieses Problemlösungstyps ist das mehr oder weniger ungehemmte freie Aussoziieren: Einfälle werden wahrgenommen, können einander unterbrechen, werden weiterverfolgt und auf ihr Zustandekommen (Informationsquellen) wie auch auf ihre Richtigkeit überprüft. Der Beurteiler verfügt über ein grosses Mass an Introspektion in seine eigenen inneren Prozesse. Er äussert sich u.a. auch zu der möglichen Relativität seines Urteils, denkt über die Zuverlässigkeit der benutzten Informationsquellen nach und berücksichtigt diese bei seinen diagnostischen und indikatorischen Entscheidungen. Auch er wartet lange zu, bis er solche Entscheidungen fällt: diagnostische Einfälle werden vorerst einmal als Hypothesen behandelt und mit zusätzlichen Information aus dem Videobild oder seinem Wissensspeicher in Verbindung gebracht.

Zusammenfassende Charakteristika: TYP III: DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER

(vgl. Tab. 10)

Der Prototyp III kann die Indikation sehr gut stellen. Er reflektiert auch seine eigene Konfliktsituation dabei umfassend. Besonders typisch für ihn ist die Art, wie er auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen kann: man spürt ein grosses emotionales Interesse an ihr als Individuum, das er differenziert affektiv und kognitiv erfassen möchte. Ausser seinem persönlichen Engagement für die Patientin verfügt der Beurteiler über ein breites Fachwissen zur Indikation.

Die Differenziertheit und Breite seines Vorgehens zeigt sich z.B. in der grossen verbalen Produktivität und dem weiten kognitiven Spektrum: ausser dem MARX-Kontext tauchen alle kognitiven Kontexte in den Denkprotokollen auf und werden grösstenteils in ihrer Wirkung auf den eigenen Urteilsprozess reflektiert. Besonders ausgeprägt sind bei diesem Typ der FREUD-Kontext und der MACHIAVELLI-Kontext. Eigene Strategien bei der Urteilsbildung sind in grossem Ausmass vorhanden und werden als Einflussquellen auf die eigenen Entscheidungen wahrgenommen. Der FREUD Kontext hat in diesem Fall eine besondere Prägung: eigene kognitive Vorgänge des Beurteilers werden registriert und analysiert. Oft werden sie als fruchtbare Informationsquellen für die Indikationsstellung eingesetzt (im Sinne der Analyse eigener Uebertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen). Allerdings scheint dies keine "Routinearbeit" zu sein; in den Denkprotokollen ist erkennbar, dass um diese Einsichten, wie auch um das differenzierte Verständnis der Patientin, gerungen wird (CICERO). Als weiterer Hinweis dafür dient uns der zwar hohe, aber nicht extrem hohe Expertenindex. Ausser den Fachausdrücken verwendet der Beurteiler eine vorthoretische Sprache, die eine stark persönliche Note enthält (Wortschatzanalyse). Er nimmt auch viele Themen aus dem Interview auf, fügt aber ebenfalls ein breites Repertoire eigener Ueberlegungen bei.

Als charakteristisch für diesen Typ fallen besonders die Breite und Differenziertheit der Indikationsüberlegungen, die hohe Transparenz des eigenen Urteilsprozesses, die Patientenbezogenheit des

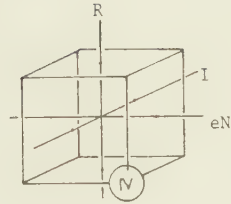
Beurteilers und das fokussierende Vorgehen auf. Phasen, in denen der Beurteiler sich mit der Patientin probeidentifiziert und so versucht, sie in ihrer Persönlichkeit so quasi "von innen her" zu verstehen, wechseln sich ab mit solchen, in denen er eine grössere Distanz einnimmt und die Beobachtungen auf unterschiedlichen Abstraktionsniveau analysiert (FREUD). Auch er verbalisiert, welche Informationen er für welche Ueberlegungen wie benutzt, wie er zu bestimmten Hypothesen kommt, sie zu andern Vermutungen in Beziehung setzt, sie gegeneinander abwägt und gewichtet. Auch er versucht die Beobachtungen zuerst alltagssprachlich zu fassen und sucht dann vorsichtig nach den entsprechenden Fachtermini. Er wartet relativ lange zu, bis er Hypothesen bildet. Fallen ihm gleich Hypothesen ein, geht er ihnen nach und fragt sich, aufgrund welcher Gegebenheiten dieser Einfall zustande gekommen ist. Deutlich wie sonst bei keinem andern Problemlösungstyp ist hier die Transparenz interagierender kognitiver Prozesse: Ueberlegungen können durch neu hinzukommende Informationen (oder Schlüsselworte für einen Einfall) unterbrochen, differenziert, berichtigt, ergänzt oder weggeschoben werden. Wir haben hier eine ausgesprochen flexible Kontrolle vor uns: inkonsistente Wahrnehmungen und Kognitionen werden als Mittel bei der Urteilsbildung eingesetzt (MACHIARELLI).

Verbunden damit ist das fokussierende, assoziative Vorgehen. Der Beurteiler nimmt eine Haltung des freien Assoziierens ein, um seinen eigenen Einfällen zur Patientin und zur Indikation nachzugehen. Hypothesen zu einem bestimmten Problemfeld werden durch das Fokussieren von Informationsstrukturen dazu gesammelt und schliesslich zu einer übergeordneten, meist in einer psychoanalytischen Begriffssprache formulierten Hypothese zusammengefasst. Der Prozess wird gleichzeitig reflektiert z.B. im Hinblick auf die Zuverlässigkeit der benutzten Informationen und des gespeicherten Wissens etc. Durch dieses fokussierende Vorgehen werden sukzessiv unterschiedliche Teile des Informationsspektrums, bzw. des Wahrnehmungsfeldes abgesucht ("field articulation") und in den Ueberlegungen eingebaut. Die Möglichkeit zur ständigen Selbstreflektion erlaubt dem Beurteiler eine grosse Toleranz gegenüber dem Untersuchungssetting und dessen Störvariablen, die er zwar wahrnimmt, aber thematisieren und dadurch z.T. immunisieren kann.

TYP IV : DER "HILFLOSE HELFER "

Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 239 ff.)



Kommentar zum Denkprotokoll

1.Denkprotokoll

Zeile im
Denkprotokoll

1. Als erstes wird eine globale Aussage über die Wirkung der Patientin geäußert: sie wirkt furchtbar unsicher. 1
2. Nun folgt eine längere Pause (6 Sek).
3. Die Beurteilerin besinnt sich auf einen ihrer ersten Gedanken über die Patientin: ist sie schizophran ? Als Information, die zu diesem Einfall führte, wird das eigenartige Umherschauen der Patientin angegeben. 2,3
4. Es wird eine Beziehung hergestellt zwischen dem unsichern Verhalten der Patientin und der eigenen Unsicherheit. Der Gedanke wird aber nicht extensiv weiter verfolgt.
5. (Stattdessen ?) folgt nun eine wertende Aussage über die Patientin: sie ist kokett, maniert und unnatürlich. 7
6. Daraus wird indirekt eine Erklärung für 4. abgeleitet: die Patientin ist nicht "angenehm" depressiv, sondern macht es einem schwer, an sie heranzukommen, kann sich schwer öffnen, ist "gekünstelt". 7-11
7. Weil sie so "gekünstelt" ist, findet sie der Beurteiler als ungeeignet für eine analytische Therapie (Offenbar gehört zu seinem Wissen im frame "analytische Indikation" als hervorstechendes Merkmal die Frage der affektiven Kontaktfähigkeit des Patienten). 12
8. Aus der Entscheidung gegen die Indikation: analytisches Arbeiten mit der Patientin folgt die Indikation: Verhaltenstherapie. Als weiterer Grund für diese Ueberlegung wird eine spezifische Symptomatik: die Zwangssymptome angegeben. Weiter wird gesagt, dass in einer Verhaltenstherapie nicht unbedingt ein guter Kontakt zum Therapeuten notwendig ist (weitere Wertung). 11-16

- PROTOKOLL 32 - (PSYCHIAT. E 30. 3.77 W)

- zunächst wirkt sie furchtbar unsicher. (10 Sek.) Als ich diese
Patientin zum erstenmal sah, dachte ich, dass sie vielleicht schizo-
phren ist, weil sie sich so eigenartig in Zimmer umschaut. Ihre Un-
sicherheit und Verhaltenseinheit, das Stockende in ihren Ausserungen
5 macht mich selber unsicher. Dazwischen blitzt so etwas leicht
kokettes auf, sehr manieriert, eben unnatürlich. Sie ist nicht
einfach depressiv in der üblichen Art, wo der Patient einen leid
heran. In dem Moment, wo sie ein bisschen aus sich herausgeht,
10 geht sie gleich wieder ein Stück zurück. Sie hat etwas gekünst-
eltes und ich glaube daher, es wäre schwer, mit ihr Kontakt zu
kriegen in einer analytischen Behandlung. Aus diesem Grund würde
ich eher an eine Verhaltenstherapie denken, insbesondere, da sie
15 ja nach ihren Schilderungen zu schliessenden Zwangssystemen hat.
Da braucht sie ja nicht unbedingt einen guten Kontakt zu Psycho-
therapeuten. Bei Gesprächstherapie kann man sich denken, dass
gar nichts dabei herauskommt.

2. Denkprotokoll

25 was ist eigentlich alles mit der Patientin los? Sie bringt immer
 wieder neue Symptome; wir hören, dass sie tablettensüchtig war,
 20 Amphetamine, sie fühlt sich bedroht, sie hat Angst vor ihrem Mann,
 sie möchte am liebsten nicht erwachsen sein, sie sehnt sich nach
 Geborgenheit, möchte ein Kind sein, hat sich einmal getötet als ob
 sie zehn Jahre alt ist. Sie hat vorher erzählt, dass ihre Mutter ge-
 25 trunken hat, der Vater hat sich darum nicht gekümmert. Ja, Psycho-
 therapie? Vielleicht kann man doch eine analytische Therapie versuchen,
 die würde aber dann sehr lange dauern und sie würde auch eine sehr
 starke Stütze brauchen (die Patientin) das Gefühl haben können,
 30 dass jemand ganz fest zu ihr steht, auf den sie sich verlassen kann
 und in dessen Kontakt sie eine Geborgenheit finden kann. Das wäre
 vielleicht doch sehr nötig für sie. Verhaltenstherapie? Das würde
 auf keinen Fall ausreichen nachdem was ich jetzt alles gehört
 35 habe. Und eine Gesprächstherapie auch nicht, denn, so wie ich
 die Gesprächstherapie ansehe, ist es einfach mehr oder weniger
 ein Spiegel. Was soll diese arme Patientin damit anfangen, wenn
 40 alle ihre Unsicherheiten, wenn sie das gespiegelt zurückkommt.
 Eben sie braucht ja gerade jemanden, der sie an die Hand nehmen
 kann, von dem sie sich etwas getraut und getragen fühlt. Gerade
 für sie wäre ja die zwischenmenschliche Beziehung so wichtig.
 45 Offenbar hat sie nie richtig Kind sein dürfen. Wie sie ja im
 ersten Teil erzählt hat, hat sie der Mutter, wenn diese Flaschen
 gekaut hat, den Inhalt ausgesogen und schon als Kind versucht,
 50 die Mutter vom Trinken abzuhalten. Es muss eine grauenhafte
 Kindheit gewesen sein. Dann hat sie diesen Mann, von dem sie er-
 zählt, dass er psychologisch ungeschickt mit den Angestellten
 umgeht und der auch sie scheint nicht versteht. Warum hat sie
 55 eigentlich gerade diesen Mann geheiratet? Offenbar hat er ihr
 eine Geborgenheit, scheint ihr, versprochen für ihre Vorstellung
 und nun merkt sie, dass er offenbar selber, wie sie ja dann er-
 zählte, überhaupt nicht allein sein kann. Also sie sollte ihren
 Mann stützen und in Wirklichkeit braucht sie ja Stützung. Man
 kann sich denken, dass sie sich bei dem Mann nicht getraut
 60 fühlt. Ja ... eigentlich ist es eine hilslose Patientin, die, man
 kann sich vorstellen, wenn sie gesund wäre sicher auch viel
 65 kann hätte. Ich finde, man sollte doch eine analytische Therapie

Man gewinnt den Eindruck, dass die Beurteilerin zuerst versucht, die Patientin emotional von sich zu weisen und dadurch eine gewisse Distanz zu ihr zu gewinnen, doch gelingt ihr dies nicht: im 2.Denkprotokoll wird deutlich, wie sehr sie von der Problematik der Patientin beeindruckt ist (z.B. "es muss eine grauenhafte Kindheit gewesen sein"). Aus diesem Engagement entsteht der Wunsch, den Patientin in ihrer Lebenssituation zu helfen, doch fehlt anscheinend das entsprechende klinische Wissen (das z.B. Typ III hat), um die Indikationsfrage differenziert zu überlegen. Deshalb werden diese Überlegungen in einer Alltagssprache formuliert ("sie braucht jemand, der sie an der Hand nimmt etc." Zeile 36 ff.).

Das starke emotionale Engagement und die fehlende fachliche Kompetenz ist charakteristisch für diesen Problemlösungstyp. Die eigene Unsicherheit wird nicht reflektiert, sondern z.B. durch wertende Aussagen über die Patientin oder einzelne psychotherapeutische Verfahren überdeckt. Dies führt zu dem typischen Aneinanderreihen von Hypothesen, die nicht als solche erkannt, anhand von Informationen begründet und in einen theoretischen Zusammenhang gestellt werden.

9. Gesprächstherapie wird nun kurz in Betracht gezogen, 17
aber ebenfalls mit einem wertenden Unterton als
ineffizient klassifiziert und für die Indikation aus-
geschlossen.

2. Denkprotokoll

10. Die verschiedenen Symptome der Patientin werden 18 -24
vergegenwärtigt: die Sucht, die Phobie, die Beziehung
zum Mann, zur Mutter und zum Vater. Sie werden stichwort-
artig abgerufen, führen aber zu keinen Hypothesen oder
übergreifenden Vorstellungen.
11. Darauf wird auf die Indikationsfrage wieder Bezug ge-
nommen: Stütztherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächs-
therapie werden überlegt, wieder vorwiegend von einem
wertenden Standpunkt aus (VT= nicht ausreichend, GT= 24-36
Spiegel, "was soll die "arme Patientin" damit anfangen..")
12. Als Gegensatz zum Begriff des "spiegeln" fällt der 36 -53
Beurteilerin eine tragende, führende Beziehung ein
(ein benachbartes frame wird aktiviert). Darauf folgen
Assoziationen zu genetischen Informationen über die
Patientin: ein starkes emotionales Engagement für die
Patientin ist spürbar ("grauenhafte Kindheit", Ungeborgen-
heit beim Ehemann etc.).
13. Die Gedanken zu der Kindheit der Patientin und ihrer 53
gegenwärtigen Ehe führen zu einer Aussage über das Aus-
sehen : sie ist hübsch und hätte, als gesunde Frau,
viel Charme.
14. Ohne explizit aus dem Vorangehenden abgeleitet zu 54,55
werden, folgt die Indikationsstellung. Interessant
ist die Formulierung: Ich finde, man sollte doch eine
analytische Therapie bei ihr versuchen". (Worauf bezieht
sich das "doch"? auf die Schwere der Störung ? auf das
emotionale Betroffensein vor der Geschichte der Patientin?)

Wir interpretieren kurz zusammenfassend:

Auffällig an diesen Denkprotokollen ist die engagierte, emotionale Ausdrucksweise der Beurteilerin: im ersten Denkprotokoll fallen viele eher negative Urteile über die Patientin: ihr unnatürliches, maniriertes Auftreten erschwerte es, laut dieser Beurteilung, sich auf die Patientin einzulassen. Wertungen sind auch in bezug auf die verschiedenen Therapierichtungen zu finden und scheinen im Wesentlichen die Indikationsstellung zu bestimmen. Im zweiten Denkprotokoll hat die Beurteilerin offenbar ein positiveres Bild von der Patientin: sie bezeichnet ihre Kindheit als grauenhaft und schildert die Enttäuschung der Patientin, dass sie bei ihrem Ehemann keine Geborgenheit findet.

Zusammenfassende Charakteristika: TYP IV: DER "HILFLOSE HELFER"

(vgl. Tab. 10)

Der Prototyp dieser Problemlösungsstrategie kann wenig auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen. Die Indikationsstellung gelingt ihm schlecht. Seine eigene Konfliktsituation wird weder erkannt noch reflektiert.

Die verbale Produktivität ist gering, ebenfalls die Breite des thematischen Spektrums: er kann nur wenige Themen aufgreifen, die im Interview angeschnitten werden und wenige eigene Ueberlegungen anfügen. Der Expertenindex liegt tief, stattdessen zeigt die Wortschatzanalyse eine Häufung wertender Attribute.

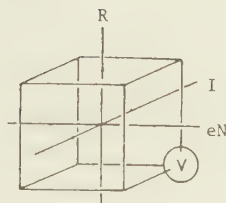
Dem entspricht die Dominanz des CALVIN-Kontextes in den Denkprotokollen. Man hat den Eindruck, dass mit wertenden Aussagen versucht wird, mit der emotionalen Betroffenheit durch die Problematik der Patientin umzugehen.

Das starke emotionale Engagement für die Patientin und die fehlende fachliche Kompetenz ist charakteristisch für diesen Problemlösungstyp. Sie führen zu dem Aneinanderreihen von Hypothesen, die nicht als solche erkannt, aufgrund von Informationen überprüft und theoretisch reflektiert werden. Stattdessen wird das Leiden und die Lebenssituation der Patientin geschildert und in einer Alltagssprache überlegt, wie ihr am besten zu helfen ist. Dabei, wie auch bei den diagnostischen Ueberlegungen, wird nur ein geringes Spektrum der Informationen beleuchtet: das Wahrnehmungsfeld ist eingeschränkt und wird wenig strukturiert ("field articulation"). Auch werden kaum Detailinformationen herausgehoben aus der Gesamtmenge differenziert betrachtet ("leveling"). Die Aussagen über die Patientin oder die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren sind sehr allgemein (und oft wertend): inkonsistente Informationen oder Kognitionen tauchen kaum auf und scheinen eher unterdrückt zu werden (konstriktive Kontrolle). Weiter ist das logisch lineare Vorgehen typisch: wir finden kaum assoziative Ueberlegungen in den Denkprotokollen. Der eigene Urteilsprozess wird wenig reflektiert : der Beurteiler ist in seinen kognitiven und kreativen Möglichkeiten eingeschränkt.

TYP V : DER INTUITIVE

Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 245 ff.)



Kommentar zu den Denkprotokollen

1. Denkprotokoll

Zeile im
Denkprotokoll

1. Die Beurteilerin beginnt mit einer positiv wertenden Aussage über die Introspektionsfähigkeit der Patientin. Nach einer kurzen Pause wird dies noch etwas ergänzt: ohne dass die Beurteilerin den Ausdruck "Motivation" verwendet, spricht sie darüber. 1 - 3
2. Als zweites fällt die Mutterproblematik ein: in Stichworten wird Wesentliches dazu vergegenwärtigt und der Widerspruch zwischen dem Leiden der Patientin am Alkoholismus der Mutter und deren Idealisierung festgestellt. Allerdings folgt keine weiterführende Überlegung dazu (aus mangelndem Wissen?). 3 - 8
3. Nach einer Pause ruft sie sich den Beginn des Gesprächs ins Gedächtnis und gibt eine Erklärung, warum die Patientin sogleich vom Schmutzproblem redet. Sie identifiziert sich mit den Schwierigkeiten der Patientin, einen Anfang zu finden und über intime Probleme in diesem Rahmen zu reden (Geht es der Beurteilerin im Moment ähnlich?). 8 - 13
4. Wieder folgen zwei wertende Aussagen (CALVIN): die Patientin ist bescheiden und weiss erstaunlich viel über ihre Kindheit. 13 - 16
5. Nach einer Pause stellt sie den Versprecher der Patientin fest, kann die Beobachtung aber nicht für die Hypothesenbildung bezüglich einer Diagnose oder Indikation verwerten, sondern hält als Information fest, dass die Patientin verheiratet ist. 16 - 18
6. In der nächsten Äußerung zeigt sich nochmals die Betroffenheit der Beurteilerin durch den "guten Willen" und das Leiden der Patientin (CALVIN). Damit schliesst sie ihr lautes Denken ab. 18 - 23
7. An die Aufgabenstellung erinnert, überlegt sie anhand des Indikationskatalogs die verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten. Sie nimmt ihre eigene Unsicherheit wegen mangelndem Fachwissen wahr (30/31), macht sich aber trotzdem ihre eigenen Gedanken und wägt, von ihrem Wissensstand aus, die einzelnen Verfahren gegeneinander ab. 23 - 40

Ich fand, dass die Frau eigentlich vieles sieht und sich auch ausdrücken kann, sagen kann, was sie bedrückt. (13 Sek.) Sie weiss bei vielem, an was es liegt, warum sie nun in eine solche Besprechung ging. Dann die Mutter ... die trinkt oder getrunken hat, wegen das Mädchen sich auflehnte, obwohl die Mutter ein Vorbild ist, weil sie Kontaktfreudig und temperamentsvoll ist. Hier ist ein wahnsinniger Widerspruch: Einerseits leidet das Mädchen, weil die Mutter trinkt und andererseits bewundert sie diese. (12 Sek.) Am Anfang ihrer Erzählung stand die Technik, die sie aber später nicht mehr erwähnt, sie erzählte nur noch vom Schmutz, welcher sie stört. Sie sucht wahrscheinlich einfach einen Anfang und wollte nicht so gleich auf das, was sicher sehr unangenehm für sie ist, zu sprechen kommen. Sie wirkte sehr bescheiden auf sich, es war ihr auch nicht ganz wohl auf dem Stuhl. Am meisten erstaunte mich, wie viel sie selbst sah, wie viel sie aus der Kindheit erklären konnte, dass sie z.B. mit Schmutz beworfen wurde. (15 Sek.) Einmal versprach sie sich, sie wollte von ihrem Vater erzählen, begann aber mit "mein Mann." Aber anscheinend hat sie doch einen Mann, da sie gegen Erde noch einmal von ihm sprach. Sie will sich Mühe geben, aus ihrer Situation herauszukommen, es stört sie selber, sie findet sie wahrscheinlich selbst nicht normal, dass sie alles desinstituiert muss und so. (14 Sek.) Im Augenblick kommt mir nichts mehr in den Sinn.

U.:

25 Wegen der Indikation, was reizt du dazu?

E.: Ich glaube, von einer grossen Analyse musste man absehen. (Betrachtet den Fragebogen.) (16 Sek.) Ich würde an eine analytisch orientierte Gesprächstherapie oder eine analytische Gruppe empfehlen, wobei ich bei letzterer nicht weiss, ob sie Kontaktmöglichkeiten haben wird, ob eine Gruppe nicht ein zu grosses Hemmnis wäre. Ich weiss nicht, ob bei jemandem mit Kontaktschwierigkeiten eine Gruppe das Richtige ist, ob dies gefördert wird. Vielleicht wäre eine Gefährdetherapie mit einer Einzelperson besser.

U.:

35 An diese beiden Sachen würdest du jetzt denken?

E.:

30 Eine grosse Analyse sehe ich darum nicht, weil sie vieles selber relativ klar sieht. Ich denke auch nicht an eine fokale Kurztherapie,

2. Denkprotokoll

Es ist ungeheuer viel, was bei ihr alles herauskommt. Sie sagt, sie möchte wieder Kind sein, obwohl sie in erster Teil erzählte, dass sie von ihrem Kollegenkreis ausgestossen war. Dennoch sieht sie sich nach diesem Alter zurück. (13 Sek.) Wahrscheinlich hat sie sich alles schön vorgestellt, und als sie dann erwachsen wurde, wurde sie Stück um Stück enttäuscht. Auch vom Mann, der sich anscheinend nicht in sie hineinfinden kann, sie merkt, dass sie eine Belastung ist für ihn und sie ist so Rücksichtsvoll, dass sie ihn eigentlich nicht belasten möchte. Wenn sie dann einmal etwas sagt, merkt sie an seiner Reaktion, dass eben das Wenigste ihn aufregt und er sie darauf beschimpft. Sie ist so verunsichert, dass sie sich selbst nicht Mut machen kann und die Dinge nicht mehr sieht, wie sie sind. Sie lässt sich verunsichern. Dann diese Träume, die Phantasien ... da steckt vieles in ihr drin, dass nicht beantwortet werden kann. (13 Sek.) Sie wünscht sich eine Familie, Geliebtheit, weil sie dies aufgrund der Trunksucht der Mutter als Kind nicht hatte, sie musste für die Mutter sorgen. Sie hat sich dort sehr engagiert, wenn sie die Flaschen ausleerte, doch sehr engagiert. Dies fehlt ihr nun wahrscheinlich, die Tatsache, dass sie gar nie ein Kind sein konnte und möchte dies nun nachholen, um dies auch einmal zu erfahren, wie es ist, wenn andere für sie sorgen und nicht sie für andere sorgen muss. Ihr Mann ist gar keine Stütze, (13 Sek.) er andererseits hätte sie auch nötig. (15 Sek.) Im Augenblick kommt mir nichts mehr in den Sinn, was verpasst jeweils, was einem aufgetragen ist...

65 U.:

Nun eben wegen der Behandlung, ändert sich da etwas?

E.:

Sie redete nun von vielem, aha, ich wollte noch sagen, dass sie durchaus den Willen hat, für sich zu sorgen. Sie erwähnte, dass sie selbst mit Medikamenten aufgehört hatte und daraufhin sei es ihr wieder gut gegangen. Als es um die Medikamente ging, hatte ich wissen wollen,

70

ob ihr die verschrieben wurden oder ob sie diese von sich aus nahm. Ich wurde ein bisschen wütend, eben sie sagte, dass in den drei Jahren, in denen sie Medikamente nahm, sei sie ja offensichtlich ...

- 75 mich lutend auf die Medikamente, ich fragte mich, ob es wirklich so
weit kommen müsse, dass jemand während so langer Zeit diese Medikamente
nehmen muss, von denen man nur vergesslich und müde wird. (15 Sek.) Nun
zur Behandlung. (18 Sek.) Ich würde sagen, gerade weil sie etwas ver-
ändern möchte, es besser haben möchte, ob eine grosse Analyse nicht
80 doch das wäre, das sie vielleicht selbst will. Ich meine, man müsste sie
fragen, ob sie dies auf sich nehmen möchte, ob sie gewillt wäre, diese
Anstrengung zu machen und die Zeit dafür zu geben. (14 Sek.) Wenn sie
den Mut, die Kraft und eben auch den Willen hätte, um grundsätzlich an
sich selbst zu arbeiten und auch, man müsste auch wissen, wie sie sich
85 selbst empfand, ob sie das Gefühl hat, dass es so dringend wäre,
dass eine grosse Analyse gut wäre, oder ob sie meint, eine analytisch
orientierte Gesprächstherapie, bei der sie jede Woche erzählen könnte,
würde ihr helfen. Aber jetzt, wo sie so vieles vorbrachte und die Dinge
selbst schon klar sieht, würde ich nun doch eher an eine grosse Analyse
90 denken, auch weil ich mir vorstellen kann, dass sie dies selbst auch möchte,
gerade weil sie einen Willen kundgibt. Sie möchte etwas, etwas Besseres,
etwas Schöneres. Wahrscheinlich würde sie dies schon durchsetzen und
wurde später nicht bereuen. (15 Sek.) Aber ich meine, dass man sie
fragen müsste, ob sie gewillt ist, dies auf sich zu nehmen.

2. Denkprotokoll

8. Es wird festgestellt, dass in dem zweiten Abschnitt viele Informationen über die Patientin aufgetaucht sind. Sie greift zwei Themenkreise heraus (MOZART) (die sie wahrscheinlich aus eigenen Erfahrungen heraus emotional berührt haben): der Wunsch der Patientin, ein Kind zu sein und ihre erlebten Enttäuschungen am Mann und wie sie damit in der Beziehung zu ihm umgeht. Wieder sind wertende Aussagen enthalten (rücksichtsvoll: CALVIN). 40 - 54
9. Zu den Träumen und Phantasien kann die Beurteilerin nur aussagen, dass "viele drinsteckt", sie getraut sich nicht, ihre Hypothesen darüber zu äussern (vermutlich FREUD - Interventionen: du verstehst nichts von Traumdeutung und CALVIN: sage deshalb nichts darüber aus). 54 - 55
10. Nach einer Pause begibt sie sich auf ein sichereres Terrain: sie wiederholt Informationen aus dem Interview zum Verhalten der Patientin der Alkoholikermutter gegenüber. 55 - 58
11. Aufgrund dieser Information kommt sie zur 1. Thematik (8.) zurück und erklärt genetisch, warum die Patientin nun Sehnsucht hat, ein Kind zu sein (sie nimmt hier eine zentrale Problematik der Patientin wahr, kann sie aber nicht in Fachtermini beschreiben : vgl. dazu Protokoll des Typ III). 58 - 64
12. Abschliessend stellt sie fest, dass ihr vieles nicht mehr einfällt, was ihr während des Zuhörens aufgefallen war (FREUD). 64 , 65
13. Nachdem sie die Versuchsleiterin an die Aufgabenstellung erinnert, fällt ihr noch eine wichtige Beobachtung zur Motivation ("Willen") der Patientin ein, die sich darin zeigt, dass sie fähig war, ihre Medikamente selbst abzusetzen. Sie erinnert sich an einen wütenden Affekt, der in ihr zu dieser Thematik aufgetaucht ist (FREUD). 65 - 78
14. Nachdem sie diesen Affekt thematisiert hat, wendet sie sich der Indikation zu und drückt alltagssprachlich wichtige Überlegungen zur Psychoanalyseindikation aus: sie merkt, dass "Mut, Kraft und Willen" (Frustrationstoleranz, Durchhaltefähigkeit und Leidensdruck bzw. Motivation) für dieses Verfahren entscheidend sind und kommt zu einer Lösung, die dem unseren in unserer Praxis an der Beratungsstelle (vgl. 1.) recht ähnlich ist: mit der Patientin wird die Indikationsfrage offen diskutiert und ihre eigene Meinung dazu als wesentliches Entscheidungskriterium bei der Indikationsstellung berücksichtigt. 65 - 78

Wir interpretieren kurz zusammenfassend:

Dieser Beurteilerin zeigt als Laie eine erstaunliche Einfühlungsfähigkeit in die Problematik der Patientin. Sie geht auf zentrale Problemkreise ein, ohne die allerdings in einer Fachsprache verbalisieren zu können. Deutlich ist ihr emotionales Engagement und ihre wertende Stellungnahme zu verschiedenen Themen wie z.B. Medikamenteneinsatz über Jahre etc. Sie realisiert ihre mangelnde Kompetenz und scheint aus diesem Grunde manche ihrer Gedanken nicht zu äussern. Allerdings ist sie in ihrer Möglichkeit, auf die Aufgabenstellung einzugehen (von ihrem Wissenstand aus), nicht schwerwiegend gehemmt, sondern getraut sich, ihre eigenen Ueberlegungen dazu preiszugeben. Intuitiv erfasst sie die Schwere der Störung der Patientin und die Notwendigkeit einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung. Sie gibt aus diesem identifikatorischen Standpunkt heraus eine gute Möglichkeit einer Indikationsstellung, die die Meinung der Patientin zu ihrer Behandlung miteinbezieht (wahrscheinlich möchte die Beurteilerin dies ebenso, wenn sie in der Lage der Patientin wäre).

Ihr Urteilsprozess kann charakterisiert werden durch die erkennbaren identifikatorischen Prozesse mit der Patientin, die immer wieder ein Stückweit zurückgenommen werden und zu eigenen Ueberlegungen Anlass geben. Es ist der Beurteilerin an verschiedenen Stellen nicht möglich, aus ihren Beobachtungen Hypothesen abzuleiten, da ihr entsprechendes Fachwissen fehlt. Der Gedankengang wirkt z.T. logisch linear (d.h. ganze Sätze folgen sich in logischer Reihenfolge, z.B.69-78), z.T. aber auch assoziativ (z.B. 53 -62).

Obschon vereinzelte introspektive Äusserungen zu finden sind, kann das Protokoll nicht als hoch reflektierend charakterisiert werden: die Informationselektion, die Hypothesengenerierung und - Überprüfung etc. sind nicht Gegenstand vieler Ueberlegungen. Man gewinnt vielmehr den Eindruck eines intuitiven Vorgehens.

Für die Interpretation dieses Protokolls ist es wichtig, dass das Experiment die Beurteilerin offenbar noch lange beschäftigt hat (sie telefonierte der Untersuchungsleiterin später nochmals und ergänzte einige Eindrücke).

Zusammenfassende Charakteristika: TYP V: DER INTUITIVE

(vgl. Tab. 10)

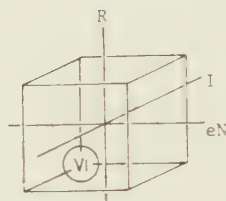
Der Prototyp V: DER INTUITIVE kann auf die spezifische Problematik der Patientin recht gut eingehen: er erfasst intuitiv, und in einer Alltagssprache ausgedrückt, einige der wesentlichen Persönlichkeitsstrukturen der Patientin. Ebenfalls erstaunlich gut, verglichen mit dem mangelnden Fachwissen, gelingt der Beurteilerin die Indikationsstellung. Ihre eigenen Konflikte bei der Indikationsstellung werden an einigen Stellen angedeutet, aber nicht intensiv reflektiert und in ihrer Auswirkung auf die eigene Indikationsstellung verfolgt.

Die verbale Produktivität ist durchschnittlich. Der Expertenindex ist, wie erwartet, tief ($e = 0$), ebenso der gemeinsame wie der divergierende Wortschatz der Denkprotokolle verglichen mit dem Interview. MOZART, CALVIN und FREUD sind in ihrer Wirkung in den Denkprotokollen erkennbar, CALVIN am deutlichsten. Hingegen wird nicht reflektiert, welchen Einfluss die kognitiven Kontexte auf den eigenen Urteilsprozess ausüben.

Als charakteristisch für den Problemlösungsstil fällt auf, wie stark sich die Beurteilerin mit der Patientin identifiziert: eine grosse Anteilnahme und ein emotionales Engagement sind deutlich. Die Identifikation wird teilweise zugunsten eigener Überlegungen zurückgenommen. Oft können Beobachtungen (z.B. zum Versprecher der Patientin) aus mangelndem Wissen nicht hypothetisch verwertet werden. Man gewinnt zudem den Eindruck, dass gewisse Gedanken aus Einsicht in die eigene Inkompetenz nicht geäußert werden. Allerdings wirkt diese Zurückhaltung angemessen und hindert die Beurteilerin nicht übermässig, ihre Aufgabe von ihrem Wissensstand her recht gut zu lösen.

Die Gedanken folgen sich z.T. logisch linear, z.T. assoziativ. Inkonsistente Wahrnehmungen und Kognitionen werden z.T. verbalisiert, können aber nicht als Strategie der Hypothesenbildung eingesetzt werden (rel. flexible Kontrolle). Das Wahrnehmungsspektrum ist relativ klein und wird rasch mit Hypothesen strukturiert. Es werden kaum Detailinformationen gestalthaft herausgegriffen und schärfer beleuchtet ("leveling").

TYP VI : DER INTELLEKTUALISIERENDE



Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 252 ff.)

Kommentar zu den Denkprotokollen

1. Denkprotokoll

Zeile im
Denkprotokoll

1. Das Denkprotokoll beginnt mit einer langen Pause, in der vermutlich der Beurteiler nachdenkt und sich eine Zigarette anzündet. 1
2. Nun beginnt er sehr strukturiert: 3 Problemkreise werden als die wichtigsten deklariert. Eine eigene Unsicherheit wird nur bezüglich der Intensität der Störungen empfunden (7). (schwacher FREUD) 2 - 8
3. Nach einer weiteren längeren Pause folgen Aussagen zur Indikation: Verhaltensdefizite werden als Grund für die Therapierbarkeit angegeben. Die Gründe werden nicht weiter angegeben. Ebenfalls fehlen Angaben zur benutzten Information. 8 - 10
4. Nach einer Pause wird aufgezählt, was ebenfalls mit einer Verhaltenstherapie behandelt werden kann. 10 - 14
5. Wieder nach einer längeren Pause wird eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Diagnose geäußert. 14 - 15
6. Ohne daraus ersichtlich hervorzugehen, wird eine andere Indikation überlegt (offenbar werden die frames: Verhaltenstherapie - Psychoanalyse miteinander verglichen, ohne aber die Gedanken dazu zu verbalisieren). (CALVIN) 15 - 20
7. Nach einer weiteren längeren Pause wird die endgültige Indikation gestellt, offenbar eine Verbindung der beiden in Erwägung gezogenen Verfahren (3. und 6.) Gründe werden keine ausgeführt. 20 - 25
8. Es folgt eine sehr lange Pause (8 Min.), die aber zu keinem weiteren output führt. 25

2. Denkprotokoll

9. Wieder kommt zuerst eine lange Pause. Vermutlich wird nur das Produkt der latenten Überlegungen in sprachlich stringenter, logischer Form mitgeteilt (eine Indikationsentscheidung). 25 - 30

2. Denkprotokoll

30 (12 1/2 Min.) Beim zweiten Teil des Interviews hat sich der Eindruck, verstärkt, dass ihre Angstproblematik sehr stark in ihrer Familienbeziehung zu Mutter und Vater verwurzelt ist, dass ihre Angst ein so weites Spektrum umfasst, dass vorläufig wahrscheinlich diese Probleme mit VI kaum angegangen werden können. (18 Sek.)

Mir scheint nun, dass vorläufig einzig eine psychoanalytische Behandlung in Frage kommt. (14 Sek.) Was die Depressivität anbelangt,

35 (15 Sek.) ist mir noch nicht ganz klar, ob dies ihren Ängsten untergeordnet ist oder ob dies selbstständig ein wichtiger Aspekt ist. Im letzteren Fall, müsste man eventuell eine medikamentöse Zusatzbehandlung ins Auge fassen. Ich würde zusätzlich zur Psychoanalyse - wenn sie aus der Klinik entlassen werden kann - noch eine Stütz-

40 therapie machen. (12 Min.) Also ich bin mir mit der Psychoanalyse doch nicht ganz sicher. (180 Sek.) Ich bin doch nicht ganz sicher, weil (110 Sek.) ob sie der Forderung einer Psychoanalyse

45 gewachsen wäre. So würde ich doch sagen analytisch orientierte Gesprächs-therapie mit eventuell einer medikamentösen Zusatzbehandlung. Mir scheint, dass in einer analytisch orientierten Gesprächs-therapie die Frau ihre Kognitionen zu sich selbst besser erklären könnte. Bei einer Verbesserung ihres Zustandes würde ich dann doch eine

Verhaltenstherapie - z.B. Angstreduktionstechnik - anwenden. Und (20 Sek.) ich würde auch Schritte unternehmen, um ihr Sozialverhalten zu entwickeln, also Kontaktaufnahme und Ablauf von Sozialangst.

- PROTOKOLL 4 - (STUFENTH A 11. 1.77 B)

(40 Sek.) (Zündet Zigarette an.)

bei der Patientin scheinen vor allem drei Sachen im Vordergrund zu stehen, und zwar hat sie Schwierigkeiten in sozialen Kontakt, sie hat Angst vor fremden Leuten, sie hat Angst vor dem Vater.

5 Zweitens hat sie einen Ekel vor dem Schutz, es scheinen bei ihr auch Depressionen aufzutreten - wobei ich von dieser Aufnahme bei noch nicht einschätzen kann, wie stark diese sind, wie

10 stark sie unter ihnen leidet. (11 Sek.) Für eine Therapie spricht einmal, dass sie verschiedene Verhaltens-Defizite hat, dass sie nur schwer Kontakt finden kann, dass sie sich ablehnt. (17 Sek.) Damit scheinen die Möglichkeiten für eine Verhaltenstherapie gegeben.

Was ebenfalls mit VT ausgegangen werden könnte wären ihre Ängste vor Schutz, Toiletten, sozialen Kontakten. (40 Sek.)

15 Mit ist noch nicht ganz klar, ob ihre Ängste mehr eine Art Hochlie sind oder mehr Zwanghaft. Was eventuell für eine Analyse sprechen würde, wäre ihre Befressenheit und die vielschichtigen Ängste, die sie besitzt. Diese wäre mit einer VT wahr-

20 scheinlich schwierig zu erfassen. Ihre Symptomatik scheint auch stark mit ihrer Familiengeschichte zusammenzuhängen, mit ihrem Verhältnis zur Mutter und zum Vater. (25 Sek.) Als Indi-

25 kation sehe ich jetzt am ehesten eine dualistisch orientierte Gesichts-therapie verbunden mit einem VT-Ansatz. Später sehe ich eventuell analytische Gruppentherapie, wobei dies auf die Entwicklung ankäme, wie ihre Angst vor sozialen Kontakten und vor anderen Leuten abgetaut werden könnte. (8 Min.)

- | | |
|---|---------|
| 10. Nach einer Pause wird die "einzige" Indikationsstellung bekannt gegeben. | 31,32 |
| 11. Aus einer diagnostischen Sicherheit (Depression /Angst) leitet er unterschiedliche therapeutische Strategien ab. | 33 |
| 12. Nach einer langen Pause (2 Min) wird eine Unsicherheit bezüglich einer Indikation geäussert.Nach einer weitem Pause wird ein Grund dafür aufgeführt. Darauf folgen weitere Ueberlegungen zur Indikation. | 38 - 44 |
| 13. Nach einer weitem Pause wird noch eine Erklärung allgemeiner Art zu einem der anfangs definierten Problemkreise abgegeben. | 45 |

Wir interpretieren kurz zusammenfassend:

Diese Denkprotokolle zeichnen sich vorerst einmal durch die vielen, z.T. langen Pausen aus. In diesen Pausen geschieht wahrscheinlich das "leise Denken" des Beurteilers, jedenfalls kann er nur die Produkte dieser Prozesse laut, und in einer sprachlich geschliffenen Form mitteilen. Seine Denkprotokolle wirken daher logisch, strukturiert, pointiert ausgedrückt : lehrbuchhaft. Dem Beurteiler gelingt zwar, laut Urteil der Raters, die Indikationsstellung relativ gut, aber sie wirkt rasterhaft, cliché-ähnlich und wenig bezogen auf die spezifische Problematik der Patientin. Zudem ist deutlich, dass der Beurteiler der Aufgabe des "lauten Denkens" nicht genügen kann- er scheint in seiner Kreativität und seiner Einsichtsfähigkeit in eigene kognitive Prozesse stark eingeschränkt. Vielleicht zwingt ihn ein inneres Anspruchsniveau, "objektiv" und "wissenschaftlich" zu sein, zu der grossen spürbaren Distanz sowohl zu der Patientin wie auch zu der Aufgabenstellung der Untersuchung. Sie mutet jedenfalls an, wie ein massiver Schutz, ein "Sich-verstecken" hinter Lehrbuchwissen (das zudem recht fragmentarisch ist und nicht auf seine Zuverlässigkeit, empirische Gültigkeit etc. reflektiert wird).

Zusammenfassende Charakteristika: TYP VI: DER INTELLEKTUALISIERENDE

(vgl. Tab. 10)

Der charakteristische Vertreter des Typs VI : DER INTELLEKTUALISIERENDE kann wenig auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen: er scheint sie durch ein theoretisches Raster wahrzunehmen und beschreibt sie, übrigens sehr knapp, in einer Fachsprache auf einem hohen Abstraktionsniveau. Bei der Indikationsstellung verwendet er ein Schulwissen, das er auf diesen Fall anwendet. Laut den Einschätzungen gelingt ihm aber die Indikationsstellung relativ gut (2). Seine eigenen Konflikte während der Indikationsstellung werden nicht reflektiert, überhaupt fehlen introspektive Einsichten und Beschreibungen zur Informationsselektion, der Hypothesenbildung und -generierung sowie zu seinen Entscheidungsgrundlagen.

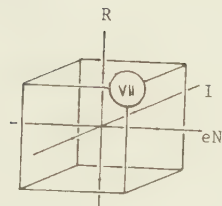
Seine verbale Produktivität ist sehr eingeschränkt, wie auch die Breite seines Spektrums der aus dem Interview aufgegriffenen Themen und eigener hinzugefügter Gedanken. Hingegen ist sein Expertenindex ausgesprochen hoch.

In den Denkprotokollen lassen sich schwach die Wirkung der kognitiven Kontexte MOZART, CALVIN und FREUD erkennen. Der Einfluss der Kontexte auf die eigene Urteilsbildung wird nicht reflektiert.

Dieser Problemlösungsstil lässt sich charakterisieren durch die grosse Kontrolle, die der Beurteiler über seine Äusserungen ausübt. Sein Denken findet vermutlich während der vielen, z.T. langen Pausen statt. Er teilt nur die Produkte dieser kognitiven Prozesse mit. Es ist daher nicht zu eruieren, wie gross die Introspektionsfähigkeit in die eigenen kognitiven Vorgänge ist: jedenfalls wird nichts dazu mitgeteilt. Er kann der Aufgabenstellung des "lauten Denkens" kaum nachkommen.

Weitere Charakteristika sind das "leveling", die konstruktive Kontrolle (inkonsistente Wahrnehmungen und Kognitionen werden nicht verbalisiert), und das schmale Wahrnehmungsspektrum mit der raschen Strukturierung durch Hypothesen ("field articulation"). Weiter drückt sich der Beurteiler vorwiegend in einer logisch-linearen Ausdrucksweise aus: assoziatives (fokussierendes) Vorgehen fehlt.

TYP VII : DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT



Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 257 ff.)

Kommentar zu den Denkprotokollen

1. Denkprotokoll

Zeile im
Denkprotokoll

1. Der erste Eindruck von der Patientin wird festgehalten: 1 - 5
sie ist verwirrt (MOZART)- die eigenen Gedanken des Beurteilers werden mitgeteilt.
2. Aus der folgenden Schilderung wird deutlich, dass der 5 -10
Beurteiler sich mit der Patientin identifiziert: er stellt sich vor, wie es für ihn gewesen wäre, wenn er so wie sie auf jenem Stuhl gesessen wäre.
3. Nach einer Pause stellt er fest, dass die Patientin 10 - 21
geradewegs auf ihr zentrales Problem losgesteuert ist, dass er sich darüber gewundert hat und in ihm ein beklemmendes Gefühl aufgestiegen ist.(Der Beurteiler wirkt auf den anwesenden Untersuchungsleiter selbst sehr beklemmt, in der anschließenden Pause rutscht er unruhig auf dem Stuhl herum, seine Finger (er raucht) zittern, er blickt die Verfasserin hilfesuchend an. Deshalb sah ich mich gezwungen, in der folgenden Intervention auf die Aufgabenstellung (als mögliche Distanzierung) hinzuweisen und zwar mit der unstandardisierten Bemerkung:"ja, das ist natürlich künstlich" und dem Lachen, das die Situation etwas entlasten sollte).
4. Der Beurteiler sieht einen Ausweg aus der Situation, indem 21 - 27
er die Indikationsstellung umgeht und sagt, man müsste weitere Gespräche führen. Er übernimmt den Affekt der Untersuchungsleiterin (lacht ebenfalls) und kann dann seine eigene Unfähigkeit, jetzt schon eine Indikation zu stellen, verbalisieren. Dann nimmt er den vorhergehenden Gedanken wieder auf und führt ihn genauer aus.
5. Es folgen Vermutungen ("ich habe das Gefühl") zu der 27 -34
Trennungsproblematik der Patientin und ihren Schuldgefühlen wegen des Alkoholismus ihrer Mutter. Der Beurteiler nimmt in Betracht, dass er möglicherweise Informationen nicht richtig wahrgenommen hat.(28,FREUD)

Also ganz am Anfang, als sie hereinkam, habe ich gedacht, die ist total verärrt und habe sie, ja so total suchend im Raum hat sie umgesehen und hat ihm nicht angeguckt wie er sich hingesetzt hat - ich habe mir in dem Moment überhaupt nicht vorstellen können, dass sie so ein Gesicht führt. Also dass sie so dabei ist bei dem Gespräch wie ich früher das Gefühl hatte, (18 Sek.) also ich kann mir vorstellen, dass ich so, wenn ich jetzt dagessess wäre, so da links und so, sie darüber geguckt hätte, dann hätte ich das noch als Kontakt empfunden. Nun am Anfang hat sie die Kamera, was sie ja auch gesagt hat, ziemlich feunruhigt. (14 Sek.) Dann als sie anfang zu erzählen, schien mir, dass sie unheimlich schnell eigentlich von den Dingen anfang zu erzählen, die ihr so ganz arg auf der Nögel treuen, dass sie überhaupt nicht lange drum rumredete, also strden gleich irgendeine mitten drin ist. Das hat mich auch gewundert. Ja und als sie damit anfang, ist mit irgendwo so ziemlich teklemend geworden, hat sie so stockend geredet plötzlich - und mehr als man hätte ich da auch nicht sagen können. (10 Sek.)

U.: Und ist dir jetzt schon etwas gekommer was du mit ihr jetzt gerade machen nach dem kurzen Abschnitt, (14 Sek.) Ja das ist natürlich künstlich, aber. - (flacht.)

B.:

Ja, ich musste erst mal weiter mit ihr sprechen. (flacht.) nach dem Abschnitt wusste ich noch nicht was machen. Ich wollte eigentlich in dem Moment, ich wollte sagen, ich will noch 2, 3 Stunden weiter erst mal mit ihr Gespräche machen, um zu sehen, wie das genauer liegt. Ich habe das Gefühl, sie hat sich jetzt irgendwo getrennt von Zuhause anscheinend, wenn ich das richtig mitgekreigt hat und ist verheiratet, und, ja so diese Ablesung ist eigentlich nicht fassiert, sie macht sich irgendwo Vorwürfe, dass sie eigentlich ihre Mutter nicht geschafft hat, aktualen zu können vom Trinken und heute beschrichtigt sie sich selbst irgendwo damit, dass sie das noch nicht eingeseher hätte damals. Dass man frohlere haben konnte und deshalb trinkt und... (10 Sek.) Ich habe eigentlich irgendwo so ein ziemlich warmes Gefühl, so in dem Moment, wenn sie so am Feder ist. (14 Sek.) Und ich würde eigentlich gerne weiter Gespräche mit ihr führen.

- Also ich hatte jetzt gerade während der letzten 5 Minuten das Gefühl, sie will eigentlich noch einmal ihre Kindheit haben und es kam mir so vor, als ob sie so mit magischer Denken eigentlich beinahe noch so eigentlich da nochmals zurückwill. Und dadurch, dass sie von Anfang an so früh Verantwortung hat tragen müssen, zuhause für ihre Mutter, und dass diese sie unheimlich viel belastet hat, dass sie dadurch ihre Kindheit überhaupt nicht richtig mitbekommen hat und eigentlich ein unheimliches Nachholbedürfnis hat und dass sie auch so, so, ja so aus dem heraus irgendwie nur zu so einer Anklammerziehung irgendwie fähig ist. Sie fantasiert irgendwo, nein das tut sie eigentlich nicht, aber jedenfalls in dieser Beziehung mit diesem Mann habe ich den Eindruck, sie ist irgendwo unheimlich an den gefesselt, schließt die ganze Zeit eigentlich aber nur Sachen, wo ich nicht sehe, dass er ihr was gibt. Also was gibt er ihr überhaupt, das ist mir total fraglich. Ausser, dass er sie ständig trauert. (10 Sek.) Wie seine Mutter, ihre Mutter. (5 Sek.) Ist es irgendwo eng geworden, als sie diese Geschichte erzählt hat mit den Häusern? Ich hat das Gefühl es irgendwo unheimlich trostlos aussieht. Auch als sie erzählte, dass sie keine Kinder haben kann, und dieses Nichtkommen eigentlich mit der den Eindruck gehabt, dass sie noch unheimlich, dass sie solche Sachen noch unheimlich mitteilen kann, mich wundert's so unheimlich. Also ich bin erstaunt, weil, wie es aussieht, scheint sie dauernd irgendwo allein für sich zu sein und eigentlich kann Kontakte zu haben, total kontakt-scheu. (10 Sek.) Dann hat sie einen Moment davon geredet, dass sie glücklicher allein gewesen wäre, in dem Moment, als (4 Sek.) - mit schien's, dass es dann plötzlich kam, aber eigentlich habe ich mich dabei auch nicht wohlfühlt und dann geht's zack und dann ist sie total nervös geworden, also, dass dieses Alleinsein doch nicht so glücklich ist für sie, dann hat sie die Zigarette ausgepackt und - (10 Sek.) ich weiss auch nicht. Als sie da so gemacht hat, da hatte ich das Gefühl, sie könnte irgendwie schon noch darauf verzichten, sie hat aber auch so gemacht und es zur Seite getan, aber ich hatte das Gefühl, so wichtig ist es doch nicht.

75 zwangshafte ist, wenn sie alleine ist oder nicht anderes hat, aber
dass sie sonst eigentlich emotional unheimlich ansprechbar ist.
(15 Sek.-) Mit hat noch etwas inferiert, als sie erzählte, dass sie
sich, dass ihr Mann sie kalt empfunden hatte, dass sie das nicht ein-
fach wahr hingenommen hat, als irgendwas das ist halt so, der sagt es,
80 also vorher hatte ich manchmal so das Gefühl, sie klammert sich ab
ihn fest, und klappt da irgendwo dauernd gegen dieses Geschäft, das
da grosser bivalente ist, und irgendwie hat man auch das Gefühl, beinahe
sie vergöttert ihn oder so, obwohl sie eigentlich gar nicht sagen kann
85 was sie eigentlich an ihm hat und ich fand das ein gutes Zeichen, dass
sie sich dagegen wehrt, dass er ihr etwas sagt. Also, dass sie nicht
einfach an solche Dinge glaubt. (15 Sek.-) Wenn sie etwas einfach
glauben würde, dann würde es mit Therapie schwer gehen. (15 Sek.-)
Fällt mir grad nichts mehr ein.

6. Er beendet das 1. Denkprotokoll mit einer Wahrnehmung seiner Gefühle für die Patientin (FREUD) und möchte gerne mit dieser selbst Gespräche führen (Man könnte hier vermuten, dass er- im Gegensatz zum Typ II: Experte aus Abwehr- die Patientin nicht von sich schiebt, sondern eine kontraphobische Abwehr zeigt).
- 35 - 39

2. Denkprotokoll

7. Das ganze zweite Denkprotokoll besteht aus Einfällen zu der genetischen und aktuellen Lebenssituation der Patientin. Die Einfälle folgen sich in einer für uns nicht nachvollziehbaren Weise, sie wirken diffus und führen zu keinen Ueberlegungen, Hypothesen oder Folgerungen, die eine Strukturierung der Information und ein systematisches Abrufen ermöglichen würden. Man hat den Eindruck, dass der Beurteiler (vielleicht u.a. wegen seiner starken Identifikation mit der Patientin) von seinen Assoziationen überschwemmt wird und sie nicht für seine Aufgabenstellung nutzbar machen kann. Die einzige Aussage zur Indikation erfolgt ganz am Schluss und begründet sich auf eine isolierte Beobachtung bezüglich dem "Sich-wehren" der Patientin ihrem Ehemann gegenüber. (85-87).
- Eindrücklich ist auch der Versuch des Beurteilers, seine eigene emotionale Reaktion in Griff zu bekommen, indem er seine Gefühle an verschiedenen Stellen zu beobachten und zu verbalisieren versucht (z.B. 69: "aber eigentlich habe ich mich dabei auch nicht wohl gefühlt"). Er kann aber seine Selbstreflektion nicht im Sinne einer analytischen Einsicht (z.B. über seine Gegenübertragungsreaktionen) einsetzen und scheint nicht aus dem Verwirrungszustand herauszukommen.
- 41 - 89

Wir interpretieren kurz zusammenfassend:

Diese Denkprotokolle sind geprägt von der starken emotionalen Reaktion des Beurteilers auf die Patientin. Er scheint überflutet zu werden von eigenen Affekten, die er versucht, via Introspektion in Griff zu kriegen, was ihm aber kaum gelingt. Auf eine Intervention der Untersuchungsleiterin kann er sich zwar am Ende des ersten Denkprotokolls vorübergehend auffangen und klarer überlegen- die Gedankengänge im 2. Denkprotokoll wirken aber wieder diffus und schwer nachvollziehbar. Auf jeden Fall ist es dem Beurteiler nicht möglich, seine Einfälle für Hypothesen zur Indikationsstellung fruchtbar zu machen: es gelingt ihm nicht, eine Indikation zu stellen.

Unsere Vermutung, dass durch die Patientin bei diesem Beurteiler eigene Konflikte stark reaktiviert wurden, erwies sich auf Nachfrage im an die Untersuchung anschliessenden Gespräch als richtig: offenbar erinnerte die Patientin den Studenten an ein kürzliches Erlebnis mit einer Freundin, die durch Drogen in einen Verwirrungszustand geriet und hospitalisiert werden musste.

Zusammenfassende Charakteristika: TYP VII:

DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT (vgl. Tab.10)

Der Prototyp VII : DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT wird durch die Problematik der Patientin selbst so heftig angesprochen, dass er durch eigene Affekte überrollt wird und deshalb mit persönlichen Reaktionen vorwiegend beschäftigt ist. Er kann sich deshalb wenig auf die spezifische Problematik der Patientin einstellen: die Indikationsstellung gelingt ihm schlecht. Er versucht zwar seine eigenen Konflikte bei der Indikationsstellung zu reflektieren, aber er gelingt ihm nicht, die nötige Distanz dazu zu gewinnen.

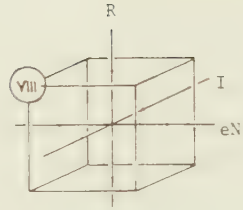
Er weist eine mittlere verbale Produktivität auf. Sein Wortschatz ist aber geprägt durch die emotionale Betroffenheit: in den verwendeten Wörtern spiegelt sich die affektive Qualität seiner Ueberlegungen. Er kann nur wenige Themen des Interviews aufnehmen. Sein Expertenindex ist dementsprechend sehr tief.

In den Denkprotokollen erkennen wir die Wirkung der kognitiven Kontexte MOZART,CALVIN,MACHIAVELLI und FREUD. Er ist der einzige Typ, bei dem der FREUD-Kontext die andern überwiegt. Allerdings ist zu sagen, dass hier FREUD-Interventionen der Codierung der heftigen affektiven Reaktionen dienen und nicht in produktiver Weise für die Aufgabenstellung verwendet werden können. Der Beurteiler weist also eine gewisse Selbstreflektion auf, aber er kann seine Reflektion nicht "in Handeln", d.h. in diesem Falle in eine Reflektion umsetzen, die der klinischen Urteilsbildung zugute kommt.

Der Problemlösungsstil ist geprägt durch die den Beurteiler überflutenden Affekte. Einfälle folgen sich in schwer nachvollziehbarer Weise und werden weder auf ihr Zustandekommen noch auf ihre mögliche Aussagefähigkeit im Hinblick auf die Indikationsstellung bewertet. Man könnte den Gedankenfluss als "nur assoziativ" charakterisieren: die produktive Auswertung der Assoziationen ist wegen der fehlenden kognitiven Distanz nicht möglich.

Weitere Charakteristika sind das "leveling", die mangelnde Struktuiierung des Wahrnehmungsfeldes und die undurchsichtige Informationsverarbeitung. Seine Wahrnehmungskontrolle scheint zu wenig zu funktionieren ("überflexibel"!). Er ist wenig tolerant gegenüber den Störvariablen des Experiments ("tolerance of unrealistic experience"): er ist in seinen Wahrnehmungs- und Urteilsfunktionen im Rahmen der Untersuchung schwer beeinträchtigt.

TYP VIII : DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST



Charakteristisches Denkprotokoll

(vgl. p. 254 ff.)

Kommentar zu den Denkprotokollen

<u>1. Denkprotokoll</u>	Zeile im Denkprotokoll
1. Der Beurteiler beginnt mit einer längern Pause und reflektiert darauf,- wiederum nach einer Pause- warum ihm der Gesprächsanfang Mühe bereitet : er beschreibt im folgenden seine Angst, er könne nach Ablauf des Videoabschnittes nichts sagen (FREUD).	1 - 5
2. Nun wird auf Einfälle während des Gesprächs eingegangen:Informationen über die Patientin werden anhand von Stichworten abgerufen.	5 - 12
3. Mit einer gewissen Skepsis gegen Etikettierungen (FREUD) werden die Informationen zu einer ersten diagnostischen Hypothese verknüpft: Zwangsneurose.	13
4. Zu "Zwangsneurose" schnappt ein "Indikationsframe" ein: Verhaltenstherapie. Eine wertende Aussage (CALVIN) folgt: VT ist hier besser als eine psychoanalytische Behandlung. Sie wird nicht weiter begründet.	13.- 18
5. Nach einer weitem Pause wird auf die Aufgabe des "lauten Denkens" Bezug genommen. Sie wird offenbar als Forderung empfunden ("ich sollte..."). Der Beurteiler distanziert sich davon, indem er auf die Kürze des Videoabschnittes anspielt.	18 - 23
<u>2. Denkprotokoll</u>	
6. Der Beurteiler fragt nach dem Rauschen des Tonbandes (auch dies ev. ein Hinweis auf sein Bewusstsein, dass "seine Leistungen" aufgezeichnet werden)	23
7. Er knüpft an seinen vorangegangenen Aussagen an und ergänzt sie mit zwei weitem Problemkreisen.	24 - 27

- PROTOKOLL 2 - (STUFENPLAN A 10. 1.77 M)

- Ja, ... ((10 Sek.)) ich habe etwas Mühe mit dem Gesprächsbeginn
 ((10 Sek.)) und zwar, weil ich mich wie in einer Prüfungssituation
 befinden habe, das hängt damit zusammen, dass Marianne nebenran
 sitzt, dann hätte ich während des Gesprächs Angst, dass dies bald
 5 zuende sein wird und ich nichts zu sagen weiss. Was mir während
 des Gesprächs so durch den Kopf schoss und auch jetzt wieder
 ist, diese Patientin erzählt etwas, das in das Zwanghafte hin-
 10 eingeht, der Gedanke mit dem Schmutz, die kann nirgends mehr
 etwas hinlegen. Gleichzeitig liefert sie leichte Erklärungen,
 von der Kindheit und ihrer Mutter, von Vater mit dem Versprecher
 wo sie Mann sagt. Wenn ich jetzt eine Kette benutzen wollte,
 würde ich von einer Zwangsneurotikerin sprechen. Ich denke an
 eine Verhaltenstherapie, wenn für sie gegenwärtig wirklich
 15 im Vordergrund steht, dass sie nichts mehr annehmen kann,
 dass sie Mühe hat mit diesem Problem, dann würde ich ver-
 suchen, dies mit VT anzugehen. Und zwar glaube ich, dass man
 mit Verhaltenstherapie viel eher etwas erreichen könnte als
 wenn man an der Klientin analytisch arbeiten würde. Ja ((10 Sek.))
 20 ich sollte eigentlich sagen, was mir so alles einfällt, aber es
 stört mich irgendwie, zu viel zu sagen nach diesen 5 Minuten, ich
 habe Mühe. ((Ein paar Sätze unverständlich, zuviel brumme
 Geräusche.))

2. Denkprotokoll

Was tut so rauschen? ((7 Sek.)) Ich bin vorhin vor Verhaltenstherapie
ausgegangen, auf Grund von dem, was mich Zwanghaftigkeit dunkte. Ich
25 sehe diese Frau jetzt mit zwei weiteren Problemen konfrontiert, mit
ihrer Beziehung zum Mann und zum andern - wenn ich das richtig ver-
standen habe - die Sucht, Amphetaminsucht. Ich finde es unbein-
30 lich schwer, zu diesem Zeitpunkt noch mehr zu entscheiden, so-
lange ich nicht mehr weiss. Ich weiss z.B. nicht, wie stark für
sie diese Sucht ist, was sie für einen Einfluss gehabt hat in
den letzten drei Jahren, hat sie Veränderungen bewirkt, kann man
die zwanghaften Gedanken darauf zurückführen? Die Frau macht
35 mit einem ziemlich verzweifelten und deprimierten Eindruck, sie
hat immer etwa denselben Ton, er hat etwas Leblooses an sich,
es zeigt sich ein gewisser Ekel im Gesicht ((4 Sek.)) ja, sie sollte
irgendwas machen, woran sie Freude hat ((8 Sek.)) es ist löd, jetzt
eine Indikation zu stellen. ((18 Sek.)) Ich kann nichts entschei-
den, nach diesem Teil kann ich mich also nicht entscheiden für
40 eine Therapieindikation, weil ich einfach noch viel zu wenig in
Griff habe, was nun das Frobleverhalten ist, ich sehe dies noch
zuwenig spezifisch. Ich muss mehr wissen. ((6 Sek.))

8. Er äussert sich zu seinem Gefühl, es sei schwierig aufgrund der jetzigen Informationen etwas zur Patientin auszusagen (Im Gegensatz zu andern Beurteilern nimmt er aber diese Beobachtung nicht zum Ausgangspunkt weitere Ueberlegungen, z.B. zum Problemkreis :Information - Entscheidung etc.).Er bringt ein Beispiel für fehlende Information in bezug auf die Suchtproblematik. 27 - 33
9. Es folgt eine Beschreibung des nonverbalen Ausdrucks der Patientin. 33 - 35
10. Nach einer Pause wird (ohne genauer aufzuzeigen wie) gefolgert: die Patientin braucht etwas, was ihr Freude macht (also keine Therapie ?). 36
11. Nach einer weitem Pause äussert er sich emotional gegen die Aufgabenstellung. 37
12. Nach einer längern Pause (18 Sek.) kommt er zum Entschluss, noch keine Indikation zu stellen. Er begründet dies verhaltenstherapeutisch, er könne das Problemverhalten zu wenig erfassen. (Die Entscheidung hat zur Folge, dass der kognitive Prozess nochmals von vorn beginnen soll : CALVIN gibt MOZART den Impuls zur neuen Informationsselektion. Doch im Rahmen dieser Untersuchung bedeutet die Entscheidung eine Negation der Aufgabenstellung: der Beurteiler weigert sich dadurch, eine Indikation zu stellen). 38 - 41

Wir interpretieren kurz zusammenfassend:

Dieser Problemlösungsstil scheint uns gekennzeichnet durch die offene und latente Rebellion gegen den Leistungsdruck, der in den Augen dieses Beurteilers von der Aufgabenstellung ausgeht. Schon gleich zu Beginn kann der Beurteiler verbalisieren, dass ihn die Angst zu versagen in seinen Gedanken hemmt. Darauf vermag er sich kurze Zeit der Patientin zuzuwenden, indem er sich stichwortartig Informationen über sie abrufen und mit gespeichertem Wissen über die verhaltenstherapeutische Behandlung von Zwangspatienten in Verbindung bringt. Doch kann er seine Ueberlegungen nicht detailliert darstellen. Man gewinnt den Eindruck, dass er sich dagegen wehrt, sich in sein Denken reinschauen zu lassen. Er äussert sich indirekt auch dazu, begründet sein Unbehagen aber nicht mit dem Setting der Untersuchung, sondern mit der mangelnden Information über die Patientin.

Im zweiten Denkprotokoll geht er ähnlich vor, knüpft an seine vorangegangenen Ueberlegungen an und sammelt weitere Informationen dazu. Doch kommt er schliesslich auf sein Unbehagen gegen die Aufgabenstellung zurück und weigert sich schliesslich, eine Indikation zu stellen. In seiner Rebellion gegen die Aufgabenstellung ist er also erfolgreich: er behauptet sich gegen die an ihn gestellte Forderung. In Bezug auf die Indikationsstellung aber versagt er u.M. nach, denn er kann kaum auf die Patientin oder Probleme der Indikation kreativ kritisch eingehen,

sondern scheint vorwiegend absorbiert zu sein von seiner eigenen Leistungsproblematik. So gäbe es viele Ueberlegungen zu der Problematik solcher wissenschaftlicher Untersuchungen, z.B. ihrer Künstlichkeit (auch bezüglich der raschen Indikationsstellung, die verlangt wird) etc. Andere Beurteiler nehmen das Unbehagen, das durch das Untersuchungssetting entsteht zum Anlass von Reflektionen (z.B. TYP I und III) und sehen sich dadurch angeregt, über interessante Fragen im Zusammenhang mit Wissenschaft und Indikation nachzudenken. Dagegen scheint sich dieser Beurteiler selbst zu sabotieren. Er kann seine, übrigens durchaus berechtigten kritischen Einfälle nicht für die Aufgabenstellung fruchtbar zu machen.

Seine Ausdruckweise können wir charakterisieren durch den logisch-linearen Stil: Er spricht in ganzen, vollständigen Sätzen. Auch bei ihm haben wir vermutlich die Produkte kognitiver Prozesse vor uns und kein "lautes Denken" im eigentlichen Sinne, das uns einen Einblick in das kognitive Geschehen bei der Indikationsstellung ermöglichen soll.

Zusammenfassende Charakteristika: TYP VIII:

DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST (vgl. Tab.10)

Der Prototyp VIII: DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST empfindet das Experiment als Stress. Seine Problemlösungsstil ist geprägt durch die latente und offene Rebellion gegen die von ihm verlangte Leistung ("lautes Denken", Indikationsstellung). Er realisiert also seine eigene Konfliktsituation, kann aber seine Reflektionen nicht in dem Sinne produktiv einsetzen, dass er über Probleme der Indikationsstellung und wissenschaftlicher Experimente nachdenkt. So ist es ihm nicht möglich, eine gute Indikation zu stellen oder auf die spezifische Problematik der Patientin einzugehen, seine eigene Leistungsproblematik absorbiert ihn zu sehr.

Seine verbale Produktivität ist sehr eingeschränkt, wie auch seine Fähigkeit, auf verschiedene Themen, die im Interview auftauchen, einzugehen und sie mit einem breiten Spektrum eigener Ueberlegungen zu verbinden. Hingegen ist sein Expertenindex eher hoch: er spricht vorwiegend in einer verhaltenstherapeutischen Fachsprache. In den Denkprotokollen lassen sich die Wirkung der kognitiven Kontexte CALVIN, MACHIAVELLI (schwach) und FREUD erkennen. Der Einfluss der Kontexte auf die eigene Urteilsbildung wird nicht reflektiert. Die FREUD - Interventionen bestehen vor allem darin, das eigene innere Unbehagen im Zusammenhang mit der Leistungsproblematik zu verbalisieren.

So ist dieser Problemlösungsstil gekennzeichnet durch die starke Beschäftigung des Beurteilers mit sich selbst, bzw. der Frage, wie er mit der an ihn gestellten Anforderung umgehen soll. Er weigert sich schliesslich, eine Indikation zu stellen. Dies wäre wohl eine mögliche Entscheidung, zu der man als Beurteiler im Rahmen dieses Experiments durchaus kommen könnte: doch bewirkt die innere Absorption durch eigene Konflikte bei diesem Beurteiler, dass er seine eigenen Ueberlegungen, Informationsverarbeitungen - und Entscheidungs-

Seine verbalen Aeusserungen sind logisch-linear aufgebaut, in einer fachlich korrekten Begriffssprache. Sie sind die Produkte der kognitiven Prozesse, die wir via lautem Denken in ihrem Funktionieren beobachten wollten. Dazu geben diese Denkprotokolle wenig Aufschluss.

ERGEBNISSE ZUR 2. PROBLEMSTELLUNG: AUSBILDUNGSSPEZIFISCHE
PROBLEMLÖSUNGSTYPEN BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG

5.4 Einleitung

In diesem Abschnitt wenden wir unsere Aufmerksamkeit dem Einfluss der diagnostisch- therapeutischen Ausbildung auf persönliche Denkstile zu.

Lassen sich in unseren Beurteilergruppen Merkmale finden, die wir auf die Schulung zurückführen können ?

Finden wir eine charakteristische Häufung der individuellen Problemlösungstypen in den einzelnen Beurteilergruppen ? Beobachten wir weitere Auffälligkeiten, z.B. bezüglich der verbalen Produktivität, der Informationsselektion, des Expertenindex, und der Merkmale der kognitiven Stile ? Können wir charakteristische Kommunikationsstrukturen der kognitiven Kontexte in den unterschiedlichen Beurteilergruppen finden ? Zeigen sich typische Inhalte bestimmter kognitiver Kontexte ?

Dass solche Unterschiede zwischen den einzelnen Beurteilergruppen zu erwarten sind, wird uns auch deutlich, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die Aufgabenstellung für die Individuen der einzelnen Gruppen aufgrund ihres Wissensstandes

nach Dörner(1976) unterschiedlich benannt werden müsste:

	Klarheit der Zielkriterien	
	hoch	gering
Bekanntheits- grad der Mittel	Interpolations- Barriere	dialektische Barriere
	Synthese- Barriere	dialektische Barriere und Synthesebarriere
		(p.14)

Die Analytiker haben bei der Aufgabenstellung unseres Experiments vorwiegend Interpolationsbarrieren zu bewältigen, die Laien eher dialektische Barrieren und Synthesebarrieren.

Allerdings kann es im folgenden nicht darum gehen, Denkstile z.B. für Analytiker oder Psychiater im allgemeinen herauszufinden, dazu haben wir eine zu kleine Stichprobe, die auch nicht im Hinblick auf solche Aussagen zusammengestellt wurde. Wir suchen, dem hypothesengenerierenden Charakter dieses Untersuchungsteils entsprechend, lediglich nach Hinweisen auf schulungsspezifische Einflüsse auf Denkstile, die als Ausgangspunkt für systematische Studien darüber dienen könnten.

In dieser Kurzfassung begnügen wir uns mit einer tabellarischen Uebersicht (Tabelle 11) über die Ergebnisse zu dieser Dimension, die wir im Hinblick auf unsere Hypothesen kurz interpretieren (6.3.5.6).

6.3.5.5 Zusammenfassende Ergebnisse zur 2. Problemstellung
AUSBILDUNGSSPEZIFISCHE PROBLEMLÖSUNGSTYPEN (vgl. Tab. 11)

In Tabelle 11 sind unsere Ergebnisse zu schulenspezifischen Einflüssen auf die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung zusammengefasst. Wir sehen darin:

1. Es gibt charakteristische Unterschiede in den Denkstilen unserer vier Beurteilergruppen, die auf den Einfluss der Ausbildung hinweisen. In 86 % gelang es den Ratern aufgrund der Denkprotokolle die Gruppenzugehörigkeit richtig zu erraten (Vermutung a, p. 183).
2. Wir finden charakteristische Konzentrationen der individuellen Problemlösungstypen in den verschiedenen Gruppen (Vermutung b, p. 183)
bei den Studenten: TYP VI: DER INTELLEKTUALISIERENDE
TYP V : DER INTUITIVE
sowie die beiden Versagertypen:
TYP VII: DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT
TYP VIII: DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST

bei den Psychiatern* TYP II: DER EXPERTE AUS ABWEHR
TYP IV: DER "HILFLOSE HELFER"

bei den Analytikern: TYP III: DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER
TYP I : DER BRILLIANTE ROUTINIER und z.T.
TYP V : DER INTUITIVE

bei den Laien : TYP V : DER INTUITIVE
TYP IV : DER "HILFLOSE HELFER"

*Die Aussagen zur den Psychiatergruppe sind allerdings mit Vorsicht zu geniessen, da wir nur 4 Beurteiler in die EDV einbezogen hatten.

3. Sowohl im globalen wie im kontextspezifischen Rating ergeben sich Unterschiede zwischen den Beurteilergruppen:

Die Analytikergruppe zeichnet sich durch ein hohes Konfliktbewusstsein, ein gutes Eingehen auf die spezifische Problematik der Patientin und eine gelungene Indikationsstellung aus.

Die Studentengruppe erweist sich als die störungsanfälligste: oft können eigene Konflikte nicht in für die Indikationsstellung produktiver Weise reflektiert werden. Dennoch gelingt es einem Grossteil der Studenten relativ gut, die Indikation zu stellen, entweder durch ein etwas stereotyp anmutendes Anwenden von theoretischem Wissen zur Indikation auf diese Patientin (TYP VI: DER INTELLEKTUALISIERENDE; oft Studenten, die die Verhaltensmodifikationskurse besucht haben) oder indem sie sich intuitiv in die Lage der Patientin hineinversetzen und so das beste Therapieverfahren herauszufinden versuchen (TYP V: DER INTUITIVE; oft Studenten, die die Kurse in der klientenzentrierten Beratung besucht haben). Es gelingt ihnen aber wenig, auf die spezifische Problematik der Patientin differenziert einzugehen.

Es mag, trotz der geringen Beurteileranzahl, nicht zufällig sein, dass bei den Psychiatern die eigenen Konflikte wenig reflektiert werden; sie können sich dies in ihrem Alltag in der Klinik wahrscheinlich wenig erlauben, sondern sind mehr oder weniger gezwungen, den "Experten" zu spielen. Allerdings können sie, vielleicht deshalb, in unserer Untersuchung wenig auf die spezifische Problematik der Patientin eingehen und die Indikationsstellung gelingt ihnen schlecht.

Erstaunlich für uns waren die Ergebnisse aus der Laiengruppe: einem Grossteil von ihnen gelingt es, intuitiv die spezifische Problematik der Patientin recht gut zu erfassen und dadurch auch die Indikation gut zu stellen. Die eigene Unsicherheit bei der Indikationsstellung wird oft reflektiert.

Im kontextspezifischen Rating ist deutlich, dass die Analytiker und die Laien das breiteste Spektrum an Interventionen der kognitiven Kontexte in ihren Denkprotokollen erkennen lassen.

4. Auch bezüglich der computerunterstützten Strukturierung der Denkprotokolle ergeben sich schulenspezifische Unterschiede: Analytiker und Laien sind die verbal Produktivsten und können das breiteste Spektrum an Informationen aufnehmen. Die Psychiatergruppe fällt durch den hohen Expertenindex auf.
5. Die Merkmale der kognitiven Stile sind zwar als Hinweise interessant; sie beruhen aber nicht auf einem eigentlichen Rating und sind deshalb nur als Einzelbeobachtung zu werten. Zur Diskriminierung zwischen den verschiedenen Gruppen eignen sich vor allem folgende inhaltliche Dimensionen:

"Leveling" (Stud./Psych./Laien)	- "sharpening" (Analytiker/Laien)
feldabhängiges (Stud./Psych./Laien)	- feldunabhängiges Wahrnehmen (Analytiker)
eingeschränktes Wahrnehmungsfeld (Stud./Psych.)	- breites Wahrnehmungsfeld (Laien/Analytiker)
rasche Hypothesenbildung (Stud./Psych./Laien)	- langsame Hypothesenbildung (Analytiker)
konstriktive Wahrnehmungskontrolle (Stud./Psych./Laien)	- flexible Wahrnehmungskontrolle (Analytiker/Laien)
logisch-lineare Vorgehensweise (Stud./Psych./Laien)	- assoziative (fokussierende) Vorgehensweise (Analytiker (Laien))
Intoleranz gegen Störvariablen der Untersuchung (Stud./Psych.)	- Toleranz gegen Störvariablen der Untersuchung (Analytik./Laien)

Aus dieser Gegenüberstellung, vor allem aber aus den oben beschriebenen Daten wird deutlich, dass die Analytikergruppe in Bezug auf die beobachteten Merkmale der kognitiven Prozesse die homogenste Gruppe ist, die sich am klarsten von den anderen Gruppen unterscheidet (Hypothese d, p. 183). So ist sie auch aufgrund der Wortschatzanalyse am leichtesten anhand spezifischer psychoanalytischer Fachbegriffe identifizierbar (Hypothese c, p. 182). Wie vermutet (e, p. 183) verwenden die Studenten als einzige Gruppe relativ häufig Fachausdrücke aus verschiedenen psychotherapeutischen Schulen: sie haben noch keine eindeutige, sich in einer Begriffssprache dokumentierende therapeutische Identität.

Fortsetzung: Tabelle 11

Gruppe typen	Individuelle Problemlösungs-		Rating		Verb.		Inform. Exp.		Beobachtungen zu den	
	typen		globales kontextspezifisch. Produkt.		Selekt. index		kognitiven Stilen			
I II III IV V VI VII VIII	Konfl. Indika. Mo Ma Mk Fr K M		Spez. Pat. Ca Ci Fr K M		gem. div. M		lev./ field flex./ focus. toler.		sharp. art. constr. unreal.	
			in %		in Wörtern					
D	- -	4	- -	1=3 1=1 1=4	100 80 20	*	1357	463	306	0.96
Laien	(2)	(3) (3) (1)		2=6 2=8 2=5	100	10 90				
(8*)				3=1 1=1 3=1						
n=10										

lev. feildab-constr. log. toler.
(u. hängig (u. lin.
sharp.) (u. flex.) (u.
unab- hängig) foc.)
breites
W.feld
rasche
Hyp.b.
Analogie-
schlüsse

alle	1=20 1=15 1=22	93	63	22	*
Beur.	2=17 2=17 2=13	1272	325	281	11.20
	3=7 3=12 3=9				

Erklärung zur Tabelle :

(*) Anzahl der Beurteiler, die richtig in Bezug auf die Gruppe identifiziert wurden

() Anzahl aller Mischtypen eines bestimmten Problemlösungstyps, die Haupttypen sind ohne Klammer

(vgl. auch Er-
klärung zur
Tab.)

1= schwach, 2= mittel stark, 3=stark : Intensitätsbeurteilung des Konfliktbewusstseins (Konfl.), des
Eingehens auf die spezifische Patientenproblematik (Spez. Pat.) und des Gelingens der Indikation (Indika.)
* = schwach, *** = stark vorhanden

M = Mittelwert, s.d. = s.d.

ERGEBNISSE ZU DER 1. PROBLEMSTELLUNG: EINFLUSS SETTINGSPEZIFISCHER
VARIABLEN AUF PROBLEMLÖSUNGSPROZESSE BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG

6.3.5.6 Einleitung

Es wäre interessant, die wissenschaftshistorische Analyse von Th. S. Kuhn auf die momentane Situation der Psychotherapieforschung zu übertragen, doch ist dies eine Fragestellung für eine breite sozialpsychologische Untersuchung und kann nicht Gegenstand dieser Untersuchung sein. Wir wollten mit der Reflektion der 3. Problemstellung lediglich unsere Aufmerksamkeit öffnen, um ev. Hinweise in den Denkprotokollen auf die Problematik des Einflusses gesellschaftlicher Variablen auf eigene kognitive Prozesse wahrnehmen zu können. Dass solche gesellschaftlichen Hintergründe wie z.B. das institutionelle Setting, in dem man als Kliniker die Indikation stellt, den Urteilsprozess mitbestimmen, ist auch aufgrund verschiedener und z.T. empirisch recht gut abgestützter kognitiver Theorien der Sozialpsychologie anzunehmen (z.B. aufgrund der Theorie der sozialen Vergleichsprozesse von Festinger, Schachter & Back, 1950 u.a. oder der Bezugsgruppentheorie von Merton & Rossi, 1949 und Merton & Kitt, 1950 u.a.)

Es entspricht dem Schwerpunkt unserer Untersuchung auf individualpsychologischen Sachverhalten, dass wir schon bei der Diskussion der anderen beiden Problemstellungen Hinweise auf settingspezifische Einflüsse angeführt haben (z.B. bei Ueberlegungen zum MARX-Kontext bei den verschiedenen Beurteilern wie etwa dem Prototyp der individuellen Problemlösungsstrategien I: DER BRILLIANTE ROUTINIER, (p. 210 ff.).

Die einzige Beurteilergruppe, bei der wir zwei Untergruppen bilden können, nämlich eine, die in Institutionen arbeitet und eine andere, die eine Privatpraxis führt, ist die Analytikergruppe. Diese betrachteten wir in der Originalstudie noch etwas genauer, um weitere Hinweise auf settingspezifische Einflüsse auf die kognitiven Prozesse zu sammeln.

Wir berücksichtigten dabei folgende Daten:

- Häufigkeit der individuellen Problemlösungstypen bei Analytikern in Institutionen und in der Privatpraxis
- Analyse der andern erhobenen Daten dieser beiden Untergruppen (wie Ergebnisse aus dem Rating und der computerunterstützten Untersuchung der Denkprotokolle)
- Wortschatzanalyse
- Wortfeldanalyse
- weitere Äusserungen in den Denkprotokollen (klinische Vignetten)

6.3.5.7 Zusammenfassung der Beobachtungen zur 1. Dimension:

Settingspezifische Problemlösungstypen bei der
Indikationsstellung

Entsprechend dem individualpsychologischen Charakter unserer Untersuchung erhalten wir aus unseren Daten nur Hinweise auf den Einfluss des Settings auf die kognitiven Prozesse des Klinikers bei der Indikationsstellung.

Weder in der Häufigkeit der individuellen Problemlösungstypen bei den Analytikern, die in Institutionen arbeiten und solchen aus der Privatpraxis, noch aus Ergebnissen des Ratings und der computerunterstützten Untersuchung der Denkprotokolle, erhalten wir auffällige Resultate.

Jedoch äussern sich verschiedene Beurteiler direkt zu setting-spezifischen Einflüssen auf ihren Urteilsprozess. Im Einzelfall erhielten wir Hinweise auf die Richtigkeit unserer Vermutungen (vgl. p. 182), jedoch konnten wir sie nicht im grösseren Rahmen abstützen.

So ist es unsere Interpretation, und nicht ein abgestütztes Ergebnis unserer Untersuchung, dass wir die starke Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in der gestellten Aufgabe, die wir bei einem relativ grossen Teil der Studentengruppe und bei den 4 Psychiatern beobachten, auf ihre Ausbildungssituation bzw. ihre Situation in der Klinik zurückführen (Hypothesen d und e, p. 182).

Table 12 : Häufigkeit der individuellen Problemlösungstypen in unterschiedlichen Settings

TYPEN	TYP I: DER BRILL. ROUTINIER	TYP II: DER EXPERTE AUS ABWEHR	TYP III: DER PAT. ZENT.KOENNER	TYP IV: DER "HILF- LOSE HELFER"	TYP V: DER INTUITIVE	TYP VI: DER INTELLEK- TUALISIERENDE AUS BETROFFEN-	TYP VII: DER VERSAGER DER VERSAGER	TYP VIII: DER VERSAGER AUS LEISTUNGS-
SETTING								
INSTITUTION								
	B -	1 (1)	-	1 (1)	-	-	HEIT -	ANGST -
	C 1 (3)	(1)	3 (3)	-	(1)	-	-	(1)
PRIVAT- PRAXIS	C- 1 (2)	-	1 (4)	-	(4)	(1)	-	-
KEINE PRAXIS	A -	1 (1)	- (2)	- (2)	2 (2)	4 (5)	1 (1)	1 (3)
	D -	-	- (2)	- (3)	4 (3)	- (1)	-	-

7.

ZUSAMMENFASSUNG UND INTEGRATION DER ERGEBNISSE DER
BEIDEN UNTERSUCHUNGSTEILE

Wie lassen sich die kognitiven Prozesse des Kliniklers bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren beschreiben ? Mit welchem methodischen Instrumentarium können wir sie am besten untersuchen ?

Mit diesen beiden generellen Fragen beschäftigt sich diese Untersuchung. Die Fragen entsprangen nicht nur einem theoretischen Interesse, sondern auch unserem Anliegen als Klinikler, unsere Sensibilität für diese kognitiven Vorgänge zu schärfen, um dadurch vermehrt Einblick in die Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse bei der Indikationsstellung zu gewinnen. Mindestens zu wissen, und gegebenenfalls mitteilen zu können, aufgrund welcher Ueberlegungen wir zu welchem psychotherapeutischen Verfahren bei einem bestimmten Patienten raten, scheint uns die adäquateste Möglichkeit, momentan mit der Indikationsstellung in der Praxis umzugehen. Wir haben aufgezeigt, dass es der gegenwärtige Wissensstand zur Indikation nicht erlaubt, eine "wissenschaftlich abgestützte" Indikation zu stellen. Wir haben bis jetzt nur schulenspezifisches Wissen zur Indikation psychotherapeutischer Techniken innerhalb eines bestimmten theoretischen Rahmens zur Verfügung. Wie zwischen Psychotherapieverfahren unterschiedlicher theoretischer Orientierung zu wählen ist, war bis jetzt kaum Gegenstand intensiver Untersuchung. Diese fehlende Metastrategie der Indikationsstellung im eigentlichen Sinne bringt den Klinikler oft in Konflikt mit den Erwartungen, die z.B. ein Patient oder eine Institution an ihn stellt, eine "objektive, wissenschaftlich fundierte" Indikationsstellung zu erhalten.

Eine These dieser Arbeit ist, dass der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung wesentlich davon beeinflusst wird, wie der

Kliniker mit dieser Konfliktsituation umgeht. Erkennt er sie, kann er sie thematisieren und analysieren und bei den Entscheidungsprozessen mitberücksichtigen. Muss er sie abwehren, wird er in seiner kreativen Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit gestört. Weiter untersuchten wir persönlichkeits-, schulungs- und settingspezifische Einflüsse auf die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung.

Unserer Fragestellung entsprechend variierten wir in unserer Untersuchung die Beurteilervariablen: 85 Beurteiler, Psychiater, Analytiker, Psychologiestudenten und psychologische Laien betrachteten in 3 Abschnitten eine Videoaufnahme eines Interviews mit einer Borderline-Patientin. Nach 8 Minuten und nach 18 Minuten versuchten die Beurteiler "laut zu denken", d.h. Einfälle zur Indikation bei dieser Patientin zu verbalisieren. Diese Denkprotokolle wurden auf Tonband aufgezeichnet. Zudem stellten die Beurteiler nach diesen zwei Abschnitten und nach Ansicht des ganzen 40-minütigen Bandes eine Indikation. Weiter schätzten sie die Patientin auf einer Skala mit 25 Items ein und gaben an, wie sicher sie sich bei der Einschätzung fühlen. Anschliessend an die Untersuchung fand ein Gespräch mit dem Untersuchungsleiter über Beobachtungen des eigenen Urteilsprozesses statt. Schliesslich wurde noch ein Fragebogen ausgefüllt, indem z.B. die Vorlieben und die Erfahrungen mit einzelnen Psychotherapieverfahren angegeben wurden.

In diesem Design erfassten wir Daten für unsere beiden Untersuchungsteile:

- a) In der Vergleichsstudie mit der Untersuchung von A. Blaser (1977, 1979) werteten wir die Skaleneinschätzungen und Indikationsstellungen aus.
- b) In der computerunterstützten, theoriegeleiteten Inhaltsanalyse stützten wir uns auf die Denkprotokolle und die Aufzeichnungen der Gespräche mit den Beurteilern.

ad a): Das erstaunlichste Ergebnis der Vergleichsstudie war, dass in unserer Untersuchung die Items nicht zwischen den Indikationen zu trennen vermögen. Wir interpretieren dies als Hinweis, dass bei der Indikationsstellung nicht die in der Skala erfassten 22 Patienten- und die 3 Therapeutenvariablen die entscheidenden sind, sondern andere Faktoren mehr Gewicht bei dieser Entscheidung zwischen verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren haben.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu der Berner Untersuchung ergab sich bei der Häufigkeit der indizierten Psychotherapieverfahren: 69 von 85 Beurteilern bevorzugten für unsere Patientin ein psychoanalytisches Verfahren. Wir beleuchteten zwei Interpretationsmöglichkeiten: Indizieren die Zürcher Kliniker andere Verfahren als die Berner ? Ist die vorgestellte Patientin eine typische YAVIS-Patientin, also eine Analysepatientin nach Blaser ? Aus den Mittelwerten der Einschätzungen war ersichtlich, dass unsere Kliniker die Patientin nicht ausschliesslich nach dem YAVIS-Stereotyp wahrnehmen: nach ihren Einschätzungen ist sie zwar jung (YOUNG), sympathisch (ATTRACTIV) verbalisierungsfähig (VERBALIZING) und intelligent (INTELLIGENT), aber gleichzeitig schwer gestört (non SUCCESSFUL).

Analog zu der Untersuchung von Blaser stellte sich auch bei unseren Beurteilern heraus, wie wichtig affektive Faktoren bei der Indikationsstellung sind: der erste Faktor der Faktorenanalyse ist ein Sympathiefaktor. Weiter fällt in unserer Faktorenstruktur auf, dass sich unsere Kliniker in ihrer Urteilsbildung weniger auf psychopathologische Phänomene bei der Patientin abstützen als auf die gesunden Anteile ihrer Persönlichkeit.

Zentral für die Indikationsstellung ist weiter die eigene Vorliebe für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren: hoch signifikant bevorzugten unsere Kliniker ihr "beliebtestes" Therapieverfahren für unsere Patientin.

Wieder bestätigt sich, dass der erste Eindruck entscheidend für die Urteilsbildung ist: 54 % unserer Beurteiler stellen ihre definitive Indikation schon nach den ersten 8 Minuten des Videobandes. Aufgrund unseres theoretischen Modells interpretieren wir dies aber nicht unbedingt als Zeichen ihrer mangelnden Selbstkritik oder ihrer beschränkten Kanalkapazität, sondern als Produkt einer durch früherere Erfahrungen gesteuerten, funktionalen Wahrnehmungsfähigkeit: mit zunehmender klinischer Erfahrung werden auffällige Gestalten in einer Menge von Informationen treffsicherer erkannt und führen ev. schon nach kurzer Zeit zu Hypothesen. Die Seriosität eines klinischen Urteils hängt u.E. weniger von der "Geschwindigkeit" seines Zustandekommens ab, als von der bewussten Ueberprüfung eigener Informations- und Entscheidungsprozesse.

Weiter ist erwähnenswert, dass sich auch unsere Kliniker, wie die der Berner Untersuchung, relativ unsicher fühlen bei der Einschätzung von Indikationskriterien: das herkömmliche Instrumentarium der Indikationsstellung (z.B. Beurteilung von Motivation, Ichstärke etc. bei der Frage : Psychoanalyse- ja oder nein) bietet dem Kliniker wenig Sicherheit bei der Indikationsstellung. Interessant ist auch, dass sich die zunehmende klinische Erfahrung nicht auswirkt auf die Sicherheit bei der Einschätzung der Items, jedoch bei der Indikationsstellung: Vermehrte Erfahrung sensibilisiert offenbar auf die Problematik von Fehleinschätzungen von Persönlichkeitsvariablen, führt aber zu grösserer Sicherheit bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren bei bestimmten Patienten.

Im zweiten Teil unserer Untersuchung gingen wir z.T. von den Ergebnissen des ersten aus: Welche Variablen waren bei der Urteilsbildung unserer Kliniker die entscheidenden ? Was bedeutet der Faktor "Sympathie" - unter welchen Bedingungen ist uns ein bestimmter Patient sympathisch ? Wie erklären wir den Widerspruch

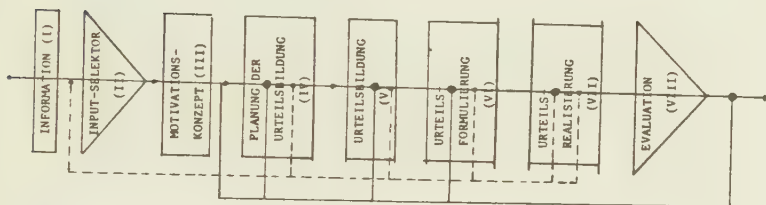
zwischen der grossen Streuung in den Itemeinschätzungen und der relativ homogenen Indikationsstellung ?

ad b): Die computerunterstützte theoriegeleitete Inhaltsanalyse diente zwei Zwecken:

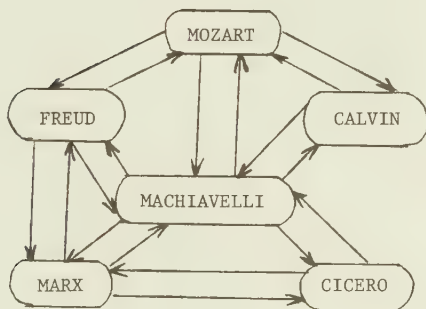
1. der Strukturierung des umfangreichen sprachlichen Materials (170 Denkprotokolle und 85 Aufzeichnungen von Gesprächen).
2. der Untersuchung der Denkprotokolle basierend auf unserem theoretischen Modell kognitiver Prozesse bei der Indikationsstellung.

Zur Entwicklung unseres eigenen Modells des klinischen Urteilsprozesses stützten wir uns auf die beiden Modelle von J. Clippinger und Pauker et al.. Sie wurden in der Künstlichen Intelligenzforschung entwickelt und eignen sich, differenziert komplexe kognitive Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesse zu beschreiben. Zur Schilderung unseres Modells verwendeten wir, analog zu Clippinger, zwei verschiedene Darstellungsweisen: eine logisch-konsequente Darstellung und eine Darstellung der Kommunikationsstruktur der kognitiven Kontexte. Die folgenden Diagramme geben eine Uebersicht:

Kognitive Prozesse bei der klinischen Urteilsbildung (Logisch-konsequente Abfolge)



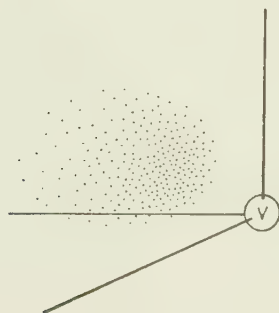
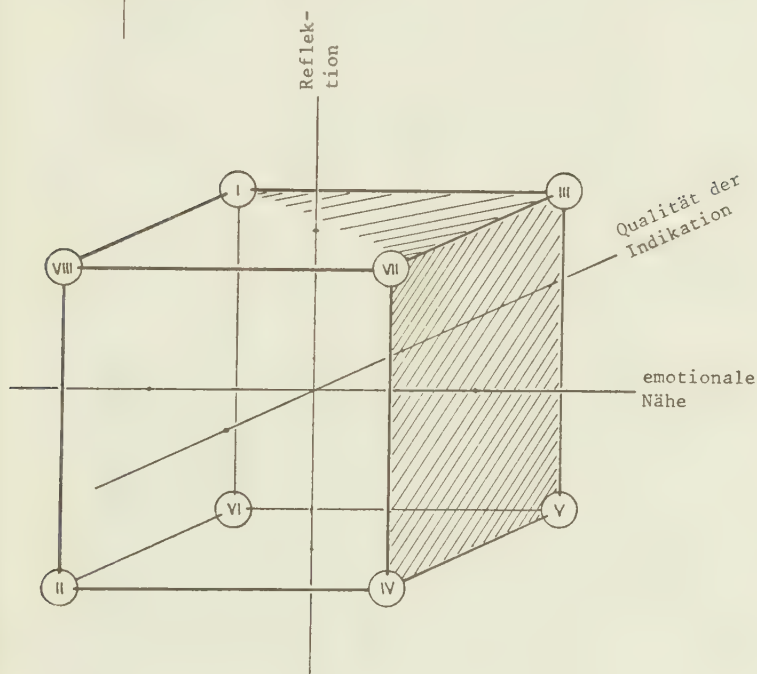
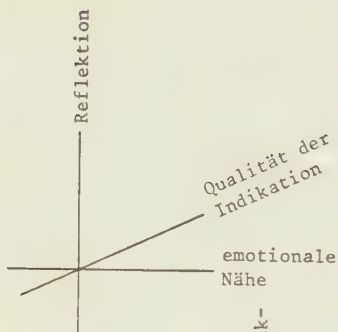
Kommunikationsstruktur kognitiver Prozesse (Darstellung kognitiver Kontexte und ihrer Interaktion)



Zentral für diese Modellvorstellung ist die Konzeption interagierender kognitiver Kontexte. Kognitive Kontexte können wir verstehen als "Mikrowelten", als Operationszentren, die "Programme" mit ähnlichen Inhalten enthalten (z.B. zensurierende im CALVIN-Kontext, strategische im MACHIAVELLI-Kontext). Die kognitiven Prozesse werden hier konzeptualisiert als komplexe interaktive Vorgänge: Interventionen der verschiedenen kognitiven Kontexte können sich gegenseitig ergänzen, modifizieren aber auch hemmen oder sogar unterbrechen. In diesem theoretischen Ansatz ist es u.E. optimal möglich, Konflikte bei der Indikationsstellung zu verstehen und in der Begriffssprache des Modells zu beschreiben.

Diese Möglichkeit versuchten wir in der theoriegeleiteten Inhaltsanalyse für den klinischen Urteilsprozess fruchtbar zu machen. Wir leiteten aus der Theorie drei Problemstellungen ab, die mögliche Einflüsse auf die kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung betreffen: persönlichkeits-, schulungs- und settingspezifische Variablen.

Geschulte Rater suchten anhand eines Kategoriensystems in den Denkprotokollen nach Indikatoren der kognitiven Prozesse der einzelnen Kontexte (MOZART, CALVIN, MACHIAVELLI, CICERO, MARX und FREUD) und schätzten zudem ein, ob der Einfluss von Interventionen aus solchen Kontexten auf den eigenen Urteilsprozess vom Beurteiler reflektiert wurde oder nicht. Bei der Diskussion der 3 Problemstellungen berücksichtigen wir Ergebnisse aus diesem Rating sowie Daten der computerunterstützten Inhaltsanalyse (z.B. Umfang des Denkprotokolls, Expertenindex, Informationsselektion, Wortfeldanalysen, Linguistische Analysen etc.). Durch dieses Vorgehen war es möglich, persönlichkeits-, schulungs- und settingspezifische Problemlösungsstile in den Denkprotokollen zu eruieren. Wir definierten anhand einer Illustration die Ecken eines Würfels als 8 mögliche Prototypen von Problemlösungsprozessen.



Die Achsen des dreidimensionalen Raumes betreffen wichtige Kriterien bei der Urteilsbildung, die u.a. dem globalen Rating zugrunde lagen.

Diese Prototypen sind:

- TYP I : DER BRILLIANTE ROUTINIER
- TYP II : DER EXPERTE AUS ABWEHR
- TYP III : DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER
- TYP IV : DER "HILFLOSE HELFER"
- TYP V : DER INTUITIVE
- TYP VI : DER INTELLEKTUALISIERENDE
- TYP VII : DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT
- TYP VIII : DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST

Sie wurden detailliert beschrieben. Wir verstehen sie nicht als charakteristische Denkstile von Individuen, im Sinne von Persönlichkeitsmerkmalen, sondern als mögliche Denkformen, die wir in bestimmten Konfliktsituationen einnehmen können und die bei den Beurteilern unserer Untersuchung auftauchten. So können im gleichen Kliniker bei einem Patienten kognitive Prozesse des Problemlösungstyps III : DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER in Gang kommen, während ein anderer Patient in ihm z.B. starke eigene Konflikte reaktiviert, kognitive Prozesse des Typs VII: DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT hervorruft.

Anschliessend schätzten wir alle Denkprotokolle, die in die EDV miteinbezogen worden waren, nach den entwickelten Kriterien ein und ordneten sie zur Erfassung der individuellen Problemlösungstypen den 8 Typen zu. Wir konnten beobachten, dass sich in den einzelnen Beurteilergruppen charakteristische Konzentrationen bestimmter individueller Problemlösungstypen ergaben, die auf

den Einfluss der klinisch-therapeutischen Ausbildung hinweisen (2. Problemstellung). Z.B. häuften sich die Problemlösungstypen I: DER BRILLIANTE ROUTINIER und III: DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER in der Analytikergruppe: die Analytiker sind geschult, eigene Konflikte bei der Indikationsstellung wahrzunehmen, zu analysieren und sie als wichtige Informationsquellen für den Urteilsprozess zu verwenden (z.B. im Sinne der Analyse eigener Uebertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen). Sie verfügen über das breiteste kognitive Spektrum aller Beurteilergruppen. Bei den Laien sind die beiden Typen: "DER HILFLOSE HELFER" und "DER INTUITIVE" am stärksten vertreten. Es hat uns erstaunt, wie oft es den Laien gelingt, auch ohne entsprechendes Fachwissen sich in die Situation der Patientin zu versetzen und auf diese Weise unerwartet differenzierte Ueberlegungen zur Indikation zu äussern. Dagegen erwies sich unsere Studentengruppe als die störungsanfälligste: bei ihr fanden wir am häufigsten die beiden Versagertypen VII und VIII: DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT und DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST. Wir interpretierten dies als Ausdruck ihrer Lebenssituation: Die Studenten befinden sich mitten in ihrer Ausbildung und verfügen noch über keine feste berufliche oder therapeutische Identität. U.a. dadurch sind sie besonders sensibel auf Konflikte, die die vorgeführte Patientin auslöst, wie auch auf den Leistungsaspekt unserer "wissenschaftlichen" Untersuchung. Zudem fehlt ihnen das Instrumentarium, ihre Konflikte differenziert wahrzunehmen, zu analysieren und ihre Introspektion produktiv für die Urteilsbildung einzusetzen. Als weiterer häufiger Problemlösungsstil eruieren wir bei den Studenten die Typen V: DER INTUITIVE und VI: DER INTELLEKTUALISIERENDE. Ueber die Psychiatergruppe können wir nicht viel aussagen, da wir leider nur 4 Beurteiler in die EDV einbezogen. Es mag allerdings kein Zufall sein, dass wir gerade in dieser Beurteilergruppe Denkprotokolle fanden, die unsere

Rater dem Problemlösungstyp II: DER EXPERTE AUS ABWEHR zugeordnet haben. Als Psychiater ohne therapeutische Spezialausbildung befinden sie sich in ihrem beruflichen Alltag in der Klinik vermutlich oft in der Situation, eine Expertenrolle einnehmen zu müssen, ohne z.B. genügend Zeit und Möglichkeit zur Erwerbung eines fundierten Wissens zur Indikation zu haben.

Weiter beobachteten wir in den Denkprotokollen Hinweise auf schulungsspezifische Denkstile: eine analytische Ausbildung scheint feldunabhängiges Wahrnehmen (Gardner et al., 1959) "sharpening" und assoziatives (fokussierendes) Denken zu fördern. Auffällig war weiter die Sensibilisierung der Analytiker auf inkonsistente Wahrnehmungen, die als Strategie der Urteilsbildung benutzt wurden (flexible Wahrnehmungskontrolle). U.a. erwiesen sie sich deshalb als relativ tolerant gegen Störvariablen der Untersuchung.

Eine psychologische Ausbildung (vor allem eine verhaltenstherapeutische) dagegen schult wahrscheinlich eher ein feldabhängiges Wahrnehmen, ein "leveling" und ein logisch-lineares Denken. Inkonsistente Wahrnehmungen wurden bei dieser Beurteilergruppe vorwiegend als störend empfunden und oft negiert (konstriktive Wahrnehmungskontrolle).

Bei der Laiengruppe beobachteten wir eine breite Streuung der Merkmale der Denkstile, wahrscheinlich z.T. bedingt durch die unterschiedlich berufliche Ausbildung. Bemerkenswert war die häufige Verwendung von Analogieschlüssen bei den meisten Laien. Wir können hier nicht alle Indikatoren für schulungsspezifische Einflüsse auf den klinischen Urteilsprozess aufführen. Wichtig ist aber, dass es den Ratern in 86 % der Fälle gelang, aufgrund der Denkprotokolle die Gruppenzugehörigkeit des Beurteilers zu erraten: offenbar konnten sie gruppenspezifische Problemlösungsstrategien in den Denkprotokollen erkennen.

Dem individualpsychologischen Charakter unserer Untersuchung entsprechend erhielten wir nur wenige Hinweise auf den Einfluss settingspezifischer Variablen auf die kognitiven Prozesse. Z.B. ergaben die Wortfeldanalysen zwar interessante Einzelbeobachtungen, die aber schwer zu interpretieren waren. Eindrücklich sind vor allem direkte Äußerungen einzelner Beurteiler über ihre eigene Praxis mit Indikationen: z.B. schildert ein Notfallarzt seine Situation sehr plastisch (für 53 Patienten pro Tag eine Indikation zu stellen, dürfte sich als äusserst schwierig erweisen!).

Wir können hier nur die wichtigsten Ergebnisse des zweiten Untersuchungsteils zusammenfassen (vgl. zusammenfassende Tabellen zu den Ergebnissen der 3 Problemstellungen). Das Eindrücklichste an den untersuchten Denkprotokollen ist sicher ihre Vielfalt und Variabilität, die uns hinweist auf die Komplexität des kognitiven Geschehens bei der Indikationsstellung. Er ist erstaunlich, wie verschieden die 44 näher untersuchten Beurteiler vorgehen, wenn sie sich die Indikation bei der gleichen Patientin überlegen. Dies ist wohl das Hauptergebnis unserer Untersuchung. Nur mit grobschlächtigen Vereinfachungen könnten wir diese Vielfalt möglicher Strategien bei der Informationsverarbeitung und Urteilsbildung auf wenige gemeinsame, zugrunde liegende Variablen zurückführen.

Unser theoriegeleitetes Vorgehen lässt uns annehmen, dass die Indikationsstellung das Produkt eines komplexen kognitiven Prozesses ist, bei dem intuitive, ethische, strategische, intentionale, soziale und selbstreflektive Gesichtspunkte eine Rolle spielen. Unser theoretisches Modell des klinischen Urteilsprozesses eignete sich, wie es die beiden beigezogenen Modelle der Künstlichen Intelligenzforschung versprochen haben, das kognitive Geschehen in seiner hohen Komplexität und Konflikthaftigkeit zu diskutieren.

In dieser Modellvorstellung werden auch die Einflüsse affektiver und identifikatorischer Faktoren auf die kognitiven Prozesse fassbar (wie etwa des Faktors "Sympathie" und der Vorliebe für ein bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren). Das Denken in diesen Modellen erlaubt eine vermehrte Sensibilisierung auf die Interaktion kognitiver Prozesse aus unterschiedlichen kognitiven Kontexten, z.B. wird darin der klinischen Realität bei der Indikationsstellung insofern Rechnung getragen, als man erklären kann, dass bei diesem Entscheidungsprozess immer mehrere Gesichtspunkte gleichzeitig berücksichtigt werden müssen und miteinander in Konflikt geraten können. Der klinische Urteilsprozess wird nicht als ein logisch-lineares Geschehen interpretiert, sondern als ein interaktiver, konfliktiver Vorgang.

Weiter lassen sich mögliche Störungen z.B. in der kreativen Entfaltung oder der Selbstreflektion der kognitiven Prozesse darstellen. U.E. war es fruchtbar, theoretische Ansätze mit dem hohen Komplexitätsgrad der erwähnten Computersimulationsmodelle auf eine Fragestellung der angewandten klinischen Psychologie zu übertragen. Wir betrachten diese Arbeit als einen ersten - natürlich bei weitem nicht abschliessenden - Versuch in dieser Richtung.

LITERATURVERZEICHNIS

- Aberastury, A.: Interviews in the analysis of children.
Revista de Psicoanálisis, 1972, 29 (3), 425-459.
- Ackerknecht, E.H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. (2. Aufl.)
Stuttgart: Enke, 1967.
- Adorno, Th.W.: Einleitung in die Musiksoziologie. Frankfurt:
Suhrkamp, 1962.
- Allport, G.W. (Ed.): Letters from Jenny. New York: Harcourt,
Brace & World, 1965.
- Amstad, T.: Wie verständlich sind unsere Zeitungen. Unveröffent-
lichte Dissertation, Universität Zürich, 1977.
- Anderson, A.B.: Structure of semantic space. In: Borgotta, E.F.
& Bornstedt, G.W. (Eds.): Sociological methodology. San
Francisco: Jossey-Bass, 1970, 308-25.
- Anderson, C.W.: The relation between speaking times and decision
in the employment interview. Journal of Applied Psychology,
1960, 44, 267-68.
- Anderson, D.O. & Seitz, F.C.: Rorschach diagnosis of homosexuality
Schafer's content analysis. Veterans Administration Hosp., Denver,
Colo. Journal of Projective Techniques & Personality Assessment,
1969, 33 (5), 406-408.
- Apter, M.J. & Westby, G. (Eds.): The computer in psychology.
New York: Wiley, 1973.
- Argelander, H.: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt:
Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1970.
- Aronson, H. & Weintraub, W.: Personal adaption as reflected in ver-
bal behavior. In: Siegman, A.W. & Pope, B. (Eds.): Studies in
dyadic communication. New York: Pergamon Press, 1972, 265-279.
- Arp, D.J., Miller, J.P. & Psathas, G.: An introduction to the
Inquirer II system of content analysis. Computer Studies in the
Humanities and Verbal behavior, 1970, 3, 40-45.
- Arp, D.J.: The problem of measurement and reliability: With special
reference to the content analysis of psychotherapeutic interviews.
Unpublished doctoral dissertation, Washington University, Ann
Arbour, Michigan: Microfilms No. 69-8982, 1969.

- Arweiler, P.: Die Entwicklung der Psychoanalyse und der Verhaltensmodifikation: eine Paradigmakontroverse. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Psychologisches Institut der Universität Zürich, 1978.
- Auerbach, A.H. & Lubrorsky, L.: Accuracy of judgements of psychotherapy and the nature of the Good Hour. In: Shilien, J.M. (Ed.): Research in psychotherapy. Vol. 3. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1968, 155-168.
- Auerbach, A.H., Lubrorsky, L. & Johnson, M.: Clinicians predictions of outcome of psychotherapy. A trial of a prognostic index. American Journal of Psychiatry, 1972, 128, 830-835.
- Auld, F. & Dollard, J.: Measurement of motivational variables in psychotherapy. In: Gottschalk, L.A. & Auerbach, A.H. (Eds.): Methods of research in psychotherapy. New York: Appleton Century-Crofts, 1966, 85-92.
- Auld, F. & Murray, E.J.: Content analysis studies of psychotherapy. Psychological Bulletin, 1955, 52 (5), 377-95.
- Auld, F. & White, A.M.: Rules of dividing interviews into sentences. Journal of Psychology, 1956, 42, 273-81.
- Auld, F. & White, A.M.: Sequential dependencies in psychotherapy. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1959, 58 (1), 100-104.
- Babigian, H.: Diagnostic consistency and change in a follow-up study of 1215 patients. American Journal of Psychiatry, 1965, 121, 895-901.
- Bachmann, C.H. (Hrsg.): Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Frankfurt: Fischer, 1972.
- Bachrach, H.M. & Leaff, C.A.: "Analyzability". A Systematic review of the clinical and quantitative literature. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1978, 26 (4), 881-920.
- Badura, H.: Darstellung von Faktoren der Indikation und Eignung zur Psychotherapie mittels Pfadanalyse. Nervenarzt, 1976, 47, 232-253.
- Baker, S.L.: The theory of silence. Journal of General Psychology, 1955, 51, 147-67.
- Bales, R.F.: Interaction process analysis: A method for the study of small groups. Cambridge Mass.: Addison-Wesley, 1950.
- Balint, M., Ornstein, P.H., Balint, E.: Fokalthherapie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1973.

- Bandura, A., Lipsher, D.H. & Miller, P.E.: Psychotherapists' approach - avoidance reactions to patients' expressions of hostility. Journal of Counseling Psychology, 1960, 24, 1-8.
- Bar-Hillel, Y.: Language and information Reading. Massachusetts: Addison-Wesley, 1965.
- Barret-Lennard, G.: Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. Psychological Monographs, 1962, 76 (43, Whole No. 562).
- Beck, D.: Die Indikation zur psychoanalytischen Kurztherapie. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse. 1967, 13, 257-265.
- Beck, D.: Die Kurzpsychotherapie. Bern: Huber, 1974.
- Becker, M., Gebhart, H.-J., Wutka, B.: Kritik der Verhaltenstherapie. Frankfurt a.M.: Campus, 1979.
- Beckman, C.W.: Sampling mass media content: The use of the cluster design. American Sociological Review, 1956, 21, 729-33.
- Beckmann, D.: Der Analytiker und sein Patient. Bern: Huber, 1974.
- Beckmann, D., Müller-Braunschweig, H., Plaum, F.G.: Forschung in der Psychoanalyse. In: Schraml, W.J. & Baumann, U. (Hrsg.): Klinische Psychologie II. Bern: Huber, 1974, 168-208.
- Bellak, L., Small, N.: Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1972.
- Bellman, R. & Smith, C.P.: Simulation in human systems: Decision making in psychotherapy. New York: Wiley, 1973.
- Benton, A.L., Hartman, C.H. & Sarason, I.G.: Some relations between speech behavior and anxiety level. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1955, 51, 295-97.
- Berelson, B.: Content analysis in communication research. Glencoe, Ill.: Free Press, 1952.
- Berelson, B.G. & Mitchell, K.M.: Therapeutic conditions after therapist-initiated confrontation. Journal of Clinical Psychology, 1968, 24, 363-64.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis. New York: Wiley, 1971.

Bergin, A.E. & Strupp, H.H.: Changing frontiers in the science of psychotherapy. Chicago: Aldine-Atherton, 1972.

Bernstein, B.: Social class, speech systems and psychotherapie.
In: Riessmann, F., Cohen, J., Pearl, A. (Eds.): Mental health of the poor. New York: Free Press of Glencoe, 1964.

Bernas, A. & Gerne, M.: Verhaltenstherapeutische Behandlungstechniken sexuelle Abweichungen. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Zürich, Institut für Klinische Psychologie, 1977.

Bessler, H.: Aussagenanalyse. Düsseldorf: Bertelsmann, 1970.

Elickensdorfer, H., Kündig, F., Mutter, K. & Ruckstuhl, U.:
Studie zur strukturellen Analyse nicht-verbalen Kommunikation.
Zürich: Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Abt. Klin.Psych.1977.

Blank, G. & Blank, R.: Ego Psychology: Theory and Practice. New York: Columbia Univ. Press, 1974.

Blankenship, J.: A linguistic analysis of oral and written style.
Quarterly Journal of Speech, 1962, 48 (4), 419-22.

Blaser, A.: Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Bern: Huber-Verlag, 1977.

Blaser, A.: Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Validierungsstudie in den USA. Unveröffentlichtes Manuskript, 1979.

Blöschl, L.: Grundlagen und Methoden der Verhaltenstherapie. (4.Aufl.)
Bern: Huber, 1974.

Bohleber, W.: Psychische Schwierigkeiten Studierender. Keine nur privaten Probleme, sondern auch ein Leiden an der Universität.
In: Bierich, J., Gladigow, B., Greinacher, N., Herrmann, ., Kannicht, R. (Hrsg.): Schwarzheft zu der Ausstellung in der Eberhard-Karls Universität Tübingen, 1977.

Bommert, H.: Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Theorie, Praxis, Forschung. Stuttgart: Kohlhammer, 1977.

De Bonis, M.: Content analysis of 27 anxiety inventories and rating scales. In: Pichot, P. & Olivier-Martin, R. (Eds.): Psychological measurements in psychopharmacology. Basel: S. Karger, 1974.

Boemer, D.S. & Goodrich, D.C.: Speech disturbance and judged anxiety.
Journal of consulting psychology, 1961, 25, 160-164.

Borden, G.A. & Watts, J.J.: A computerized language analysis system.
Computers and Humanities. 1971, 5, 129-141.

- Bordin, E.S.: Ambiguity as a therapeutic variable. Journal of Consulting Psychology, 1955, 19, 9-15.
- Bordin, E.D.: Commentary: Patient-therapist interaction. In: Shlien, J.M. (Ed.): Research in Psychotherapy. Vol. 3. Washington, D.C., American Psychological Association, 1968, 416-421.
- Borko, H.: Automated language processing. New York: Wiley, 1967.
- Borko, H. (Ed.): Computer applications in the behavioral sciences. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1962.
- Boyer, L.B.: Die psychoanalytische Behandlung Schizophrener. München: Kindler, 1961.
- Brady, P.T.: A technique for investigating on-off patterns of speech. The bell System. Technical Journal, 1965, 44, 1-22.
- Brähler, E.: Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Giessener Sprachanalyse-Anlage. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Ulm, 1976.
- Braun, P. Tittelbach, E.: Verhaltenstherapie. In: Pongratz (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. 1978, 8, 1955-2082, Göttingen: Hogrefe.
- Breger, L. & McGaugh, J.L.: Critique and reformulation of "learning-theory" approaches to psychotherapy and neurosis. Psychological Bulletin, 1965, 63, 338-358.
- Brill, N., Storow, H.: Social class and psychiatric treatment. In: Cohen, J., Pearl, A., Riessman, F. (Eds.): Mental health of the poor. New York: Free Press of Glencoe, 1964.
- Budd, R.W., Donohew, L., Thorp, R.K.: Content analysis of communications. New York: Macmillan, 1967.
- Butler, J.M., Rice, L.N. & Wagstaff, A.K.: Quantitative naturalistic research. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1963.
- Cairns, H.S. & Foss, D.J.: Falsification of the hypothesis that word frequencies is a unified variable in sentence processing. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior. 1971, 10, 41-43.
- Carroll, E.J. & Houghton, G.: Mathematical Reflections on the analytic process. The Psychoanalytic Quarterly, 1970, 39, 103-118.
- Carroll, J.B.: Some psychological effects of language structure. In: Hoch, P.H. & Hublin, J. (Eds.): Psychopathology of communication. New York: Grund & Stratton, 1958, 28-36.
- Carroll, J.B.: Measurement properties of subjective magnitude estimates of word frequency. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior. 1971, 10, 722-729.

- Cassotta, L., Feldstein, S. & Jaffe, J.: The stability and modifiability of individual vocal characteristics in stress and non-stress interviews. Research Bulletin 2. New York: William Alanson White Institute, 1967.
- Cicchetti, D.V. & Ornston, P.S.: The initial psychotherapy interview. A content analysis of the verbal response of novice and experienced therapists. Journal of Psychology, 1976, 93, 167-74.
- Chafe, W.L.: Meaning and structure of language. Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- Chance, E.: Content analysis of verbalizations about interpersonal experience. In: Luce, R.D., Bush, R.R. & Galanter, E.: Methods of research in psychotherapy. New York: Appleton-Century-Crafts, 1966, 125-145.
- Chomsky, N. & Miller, G.: An introduction to the formal analysis of natural language. In: Luce, R.D., Bush, R.R. & Galanter, E.: Handbook of mathematical psychology, Vol. II. New York: Wiley, 1963, 269-321.
- Clippinger, J.H.: Meaning and discourse. A computer model of psychoanalytic speech and cognition. Baltimore: John Hopkins University Press, 1977.
- Colby, K.M.: A programmable theory of cognition and affect in individual personal belief systems. In: Abelson, R.P. et al. (Eds.): Theories of cognitive consistency: A sourcebook. Chicago: Rand McNally & Comp., 1968, 520-526.
- Colby, K.M. & Gilbert, J.P.: Programming a computer model of neurosis. Journal of Mathematical Psychology, 1964, 1, 405-417.
- Colby, K.M., Watt, J.B. & Gilbert, J.P.: A computer method of psychotherapy: preliminary communication. Journal of Nervous and Mental Disease, 1966, 2, 148-152.
- Cramer, P.: Word association. New York: Academic Press, 1968.
- Cremerius, J.: Schichtenspezifische Schwierigkeiten bei der Anwendung der Psychoanalyse. Münchner med. Wochenschrift, 1975, 29/30, 1486-1491.
- Cremerius, J.: Kritik des Konzepts der psychosomatischen Struktur. Psyche, 1977, 4, 293-317.
- Cremerius, J.: Ueber-Ich Störungen und ihre Therapie. Psyche, 1977b, 7, 593-636.
- Cronbach, L.J., Gleser, G.C.: Psychological tests and personnel decisions. Urbana: University of Illinois Press, 1965.

- Dahl, H.: A quantitative study of a psychoanalysis. In: Holt, R.R. & Petersfreund, E. (Eds.): Psychoanalysis and contemporary science. An annual of integrative and interdisciplinary studies. New York: Macmillan, 1972.
- Dahmer, H.: Psychoanalyse und historischer Materialismus. In: Psychoanalyse als Sozialwissenschaft. Mit Beiträgen von Alfred Lorenzer, Helmut Dahmer, Klaus Horn, Karola Brede, Enno Schwanenberg. Frankfurt: Suhrkamp, 1971, 60-92.
- Damerau, F.J.: Automatic parsing for content analysis. Communications of the ACM, 1970, 13, 356-360.
- Davis, W.L.: A therapy content analysis scale. Doctoral dissertation, University of Missouri-Columbia, Ann Arbor, Michigan University, Microfilms, 1970, No. 71-8311.
- Davison, D. & Harman, G. (Eds.): Semantics of natural language. Dordrecht, Netherlands: Reidel, 1972.
- Dawes, R.M.: Fundamentals of attitude measurements. New York: Wiley, 1972.
- Dawes, R.M. & Corrigan, B.: Linear models in decision making. Psychological Bulletin, 1974, 81, 95-106.
- Deese, J.: Structure of association in language and thought. Baltimore: John Hopkins Press, 1965, 21-39.
- Degaud, J.: Manifestations and limits of the meshing of discourse in non-directive psychotherapy: A trial demonstration by quantitative psycholinguistic analysis applied to clinical material. Etudes Psychothérapeutiques, 1973, Vol. 4 (4), 149-158.
- Deichsel, A.: Hamburger Kommunikationssoziologisches Wörterbuch (HKW), Hamburg (Seminar für Sozialwissenschaften der Universität Hamburg). Unveröffentlichtes Manuskript, 1973.
- Deichsel, A.: Elektronische Inhaltsanalyse. Zur quantitativen Beobachtung sprachlichen Handelns. Berlin: Kohlhammer, 1975.
- Depuydt-Berte, R.: Observations on the T.A.T. Revue de Psychologie et des Sciences de l'Education, 1969, Vol. 4 (4), 413-424.
- Deutsch, F.: Some principles of correlating verbal and nonverbal communication. In: Gottschalk, L.A. & Auerbach, A.H. (Eds.): Methods of research in psychotherapy. New York: Appleton-Century-Crafts, 1966, 166-188.
- Diamond, M.I.: A comparison of three content analytic approaches to the analysis of interviewer verbal behavior in the initial psychiatric interview. Ann Arbor, Michigan University, Microfilms, 1970, 31 (4-8), 2301-2302.

- Diatkine, R.: Indications and contraindications for psychoanalytical treatment. Int. J. Psycho-Anal., 1968, 49, 266-270.
- Dibner, A.S.: Cue counting: A measure of anxiety in interviews. Journal of consulting Psychology, 1956, 20 (6), 475-478.
- Diebold, R.A.: Psycholinguistics: A survey of psycholinguistics research. Bloomington, Ind.: Indiana University Press, 1965, 1954-65.
- Di Loreto, A.: Comparative psychotherapy. An experimental analysis. New York: Pergamon Press, 1971.
- Dipboye, W.J.: The body movement-speech rhythm relationship as a cue to speech encoding. In: Siegman, A.W. & Pope, B. (Eds.): Studies in dyadic communication. New York: Pergamon Press, 1972, 135-151.
- Dittman, A.T. & Wynne, L.C.: Linguistic techniques and the analysis of emotionality in interview. Journal of Abnormal & Social Psychology, 1971, 63, 201-204.
- Dohrenwend, B.: Psychiatric disorders in general populations: A study of the problems of clinical judgements. Amer. J. Psychiatr., 1971, 127, 1304-1312.
- Dörflinger, O., Elber, Th. & Lippuner H.: Indikationskriterien für verschiedene Therapietypen. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Zürich, Abt. Klin. Psychologie, 1976.
- Dörner, D.: Die kognitive Organisation beim Problemlösen. Bern: Huber, 1974.
- Dörner, D.: Problemlösen als Informationsverarbeitung. Stuttgart: Kohlhammer, 1976.
- Dörner, D.: Mängel menschlichen Denkens beim Umgang mit sehr komplexen Systemen. Unveröffentlichter Vortrag am Psycholog. Institut der Univ. Zürich v. 12.1.1979
- Dörner, D., Drewes, U., Reither, F.: Ueber das Problemlösen in sehr komplexen Realitätsbereichen. In: Tack, W. (Ed.): Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, (Salzburg, 1974), Göttingen: Hogrefe, 1975.
- Dörner, D., Lutz, W. & Meurer, K.: Informationsverarbeitung beim Konzepterwerb. Zeitschrift f. Psychol., 1967, 174, 194-230.

- Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt: Europäische Verlagsanstalt, 1969.
- Ducrot, P.R.: Quantitative stylistics: An essay in methodology computers and the humanities, 1970, 4, 187-191.
- Dührssen, A.: Katamnestic results in 1004 patients after analytical psychotherapy. Zeitschrift f. Psychosomat. Med., 1962, 8, 94-113.
- Duncan, S.: Nonverbal communication. Psychological Bulletin, 1969, 72, 118-137.
- Duncan, S., Rice, L.N. & Butler, J.Y.: Therapists' para-language in peak and poor psychotherapy hours. Journal of Abnormal Psychology, 1968, 73, 566-570.
- Dunphy, D.C., Holsti, O.R., Ogilvie, D.M. & Woodhead, I.: Presentation of three content analysis dictionaries. In: Stone, P.J., Dunphy, D.C., Smith, M.S., Ogilvie, D.M. (Eds.): The general inquirer. A computer approach to content analysis. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press, 1966, 169-206.
- Duss: Analysis of the responses of 44 girls and boys. Revue Belge de Psychologie et de Pédagogie. 1973, Vol. 35 (141).
- Drewek, R.: Computerlinguistische Textanalysen deutscher Prosatexte. Unveröffentlichte Dissertation (in Arbeit), voraussichtlicher Abschluss 1980, Universität Zürich.
- Eichler, N.: The application of verbal behavior analysis to the study of psychological defence mechanisms: Speech patterns associated with sociopathic behavior. Journal of Nervous and Mental Disease, 1966, 141, 658-63.
- Ekman, P.: Body position, facial expression and verbal behavior during interviews. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1964, 68, (3), 295-301.
- Ekman, P.: Differential communication of affect by head and body cues. Journal of Personality and Social Psychology. 1965, 2 (5), 726-35.
- Ekman, P., Friesen, W.V., Tomkins, S.S.: Facial affect scoring technique: A first validity study. Semiotica, 1971, 3 (2), 37-58.
- Ekman, P., Friesen, W.V. & Ellsworth, Ph.: Gesichtssprache. Wien: Böhlau, 1974.
- Elred, S.H. & Price, D.B.: The linguistic evaluation of feeling states in psychotherapy. Psychiatry, 1958, 3, 297-312.

- Enke, H., Gölner, R.: Bestimmt das Krankheitsbild die Psychotherapieform? Z. Psychother. med. Psychol., 1971, 21, 182-187.
- Ernst, K.: Verlaufsforschung bei Neurosen und Indikation zur Psychotherapie. Z. Psychosom. Med., 1966, 12, 89-97.
- Eysenck, H.-J. & Rachman, S.: Neurosen - Ursachen und Heilmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie. (5. Aufl.) Berlin: Deutsch. Verl. d. Wiss., 1972.
- Feigenbaum, E.A. & Feldman, J. (Hrsg.): Computers and thoughts. New York: McGraw-Hill, 1963.
- Feldstein, S. & Jaffe, J.: Language predictability as a function of psychotherapeutic interaction. Journal of consulting Psychology, 1963, 27, 123-126.
- Fenichel, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. 1 + 2. Olten: Walter-Verlag, 1974.
- Fiedler, P.A.: Behandlung von Zwangsgedanken eines 22-jährigen Klienten mit einem Kognitionstraining. In: Reiss, M., Fiedler, P., Krause, R. & Zimmer, D.: Verhaltenstherapie in der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, 1976, 143-166.
- Foucault, M.: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1969.
- Foulkes, D. & Vogel, G.W.: The current status of laboratory dream research. Psychiatric Annals, 1974, 4, 7-27.
- French, Th.: The integration of behavior. Vol. II: The integration process in dreams. Chicago: The University of Chicago Press, 1954.
- Freud, S.: Ueber Psychotherapie (1905). In: GW, Bd. V, Frankfurt: Fischer, 1960.
- Freud, S.: Zur Einleitung der Behandlung (1913). In: GW, Bd. VIII, Frankfurt: Fischer, 1960.
- Freud, S.: Wege der psychoanalytischen Therapie (1919). In: GW, Bd. XII, Frankfurt: Fischer, 1960.
- Frey, D. (Hrsg.): Kognitive Theorien der Sozialpsychologie. Bern: Huber, 1978.
- Froburg, I.: Die Verwendbarkeit psychodiagnostischer Methoden zur Veränderungsmessung in der Psychotherapie. In: Helen, J. (Ed.): Psychotherapieforschung. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1974, 49-91.
- Fürstenau, P.: Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. Psyche, 1976, 26, 423-61.

Fürstenau, P., Argelander, H., Loch, W.: Psychoanalytische Techniken bei strukturellen Ich-Störungen. Psyche, 1977, 3, 197-227.

- Gardner, R.W., Holzman, P.S., Klein, G.S., Linton, H.B. & Spence, D.P.: Cognitive control, a study of individual consistencies in cognitive behavior. Psychol. Issues, 1. No. 4, 1959.
- Gauron, E.F., Dickinson, J.: Diagnostic decision making in psychiatry. Arch. Gen., Psychiat., 1966, 14, 225-237.
- George, A.: Quantitative and qualitative approach to content analysis. In: DeSola Pool, J.: Trends in content analysis. Urbana Ill.: University of Ill. Press, 1959.
- Gerbner, G., Holsti, R., Krippendorff, W., Paisley, J. & Stone, P.J. (Eds.): The analysis of communication content: Developments in scientific theories and computer techniques. New York: Wiley, 1969
- Gill, M., Newman, P. & Redlich, F.C.: The initial interview in psychiatric practice. New York: International University Press, 1954.
- Gleser, G.C.: Response productivity in verbal content analysis: A critique of Marsden, Kalter and Ericson. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 1976, 44 (4), 508-510.
- Glover, E.: The indications for psychoanalysis. J. ment. sci. 1954, 100, 393-401.
- Goffman, E.: Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior. Garden City, New York: Anchor Books, 1967, 539-554.
- Goede, K. & Klix, I.: Strategien des Erwerbs von nicht bekannten Begriffen, Z. Psychol., 1971, 179, 149-201.
- Goldberg, L.R., Werts, C.E.: The reliability of clinician's judgements: a multitrait-multimethod approach. J. consult. Psychol., 1966, 30, 199-206.
- Goldman-Eisler, I.: The predictability of words in context and the length of pauses in speech. Language and Speech, 1958, 1, 226-231.
- Goldstein, A.P., Heller, K. & Sechrest, L.B.: Psychotherapy and the psychology of behavior change. New York: Wiley, 1966.
- Goldstein, A.B. & Dean, S.J. (Eds.): The investigation of psychotherapy. Commentaries and readings. New York: Wiley, 1966.
- Goldstein, A.P. & Stein, V.: Prescriptive Psychotherapy. New York: Pergamon Press 1976.
- Gottschalk, L.A. (Ed.): Comparative psycholinguistic analysis of two psychotherapeutic interviews. New York: International University Press, 1961 (a).

- Gottschalk, L.A.: An objective method of measuring psychological states associated with changes in neural functions. Content analysis of verbal behavior. Biological Psychiatry. 1972, 4, 33-49.
- Gottschalk, L.A.: Quantification and psychological indicators of motions: The content analysis of speech and other objective measures of psychological states. Internat. J. of Psychiatry in Med., 1974, 5 (4), 587-610.
- Gottschalk, L.A. & Gleser, G.C.: An analysis of the verbal content of suicide notes. British J. of Med. Psychology, 1960, 32, 195-204.
- Gottschalk, L.A., Gleser, G.C. & Springer, K.J.: Experiments with a method of assessing the variations in intensity of certain psychological states occurring during two psychotherapeutic interviews. In: Gottschalk, L.A. (Ed.): Comparative psycholinguistic analysis of two psychotherapeutic interviews. New York: International University Press, 1961, 115-138.
- Gottschalk, L.A., Gleser, G.C., Springer, K.J. & Wing, C.N.: The measurement of emotional changes during a psychiatric interview: A working model toward quantifying the psychoanalytic concept of affect. In: Gottschalk, L.A. & Auerbach, A.H. (Eds.): Methods of research in psychotherapy. New York: Appleton-Century Crafts, 1966, 93-126.
- Gottschalk, L.A. & Auerbach, A.H. (Eds.): Methods of research in psychotherapy. New York: Appleton-Century Crafts, 1966.
- Gottschalk, L.A. & Frank, E.C.: Estimating the magnitude of anxiety from speech. Behavioral Science, 1967, 12 (4), 289-295.
- Gottschalk, L.A. & Gleser, G.C.: The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior. Berkeley, Calif.: University of California Press, 1969.
- Graupe, S.: Ergebnisse und Probleme der quantitativen Erforschung traditioneller Psychotherapieverfahren. In: Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München: Urban 1975.
- Grawe, K.: Differentielle Psychotherapie I, Bern: Huber, 1976.
- Grawe, K.: Indikation in der Psychotherapie. In: Pongratz, L.J.: Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 2. Halbband, Göttingen: Hogrefe, 1978, 1848-1884.
- Green, A.: Aktuelle Probleme der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Psyche, 1975, 29, 503-541.
- Greenson, R.R.: Empathy and its vicissitudes. International Journal of Psycho-Analysis, 1960, 1, 425-429.

- Groeben, N.: Vom behavioralen zum epistemologischen Subjektmodell: Paradigmawechsel in der Psychologie ? Bericht aus dem Psychol. Institut der Universität Heidelberg, 1975.
- Grüntzig, M. & Meyer, M.: Die fokussierende Beratung. Psyche, 1978, 11, 1059-1088.
- Grünzig, H.-J., Holzscheck, K. & Kächele, H.: EVA - ein Programmsystem zur maschinellen Inhaltsanalyse von Psychotherapieprotokollen. Medizin. Psychologie, 1976, 2, 208-217.
- Grünzig, H.-J. & Kühn, H.: Exkurs: Die Untersuchung von Einstellungsveränderungen an Hand der Balint-Gruppen-Protokolle. In: Böck, D., Köhle, K. & Grauhan, A. (Hrsg.): Die internistisch-psychosomatische Krankenstation. Basel: Editiones Roche, 1977.
- Grünzig, H.-J. & Kächele, H.: Zur Differenzierung psychoanalytischer Angstkonzepte. Ein empirischer Beitrag zur Automatischen Klassifikation klinischen Materials. Zeitschr. für Klinische Psychologie, 1978, 7, (1), 1-17.
- Grünzig, H.-J., Kächele, H. & Thomä, H.: Zur klinisch-formalisierten Beurteilung von Angst, Uebertragung und Arbeitsbeziehung. Medizin. Psychologie, 1978, 4, 138-152.
- Guilford, J.P.: Persönlichkeit. Weinheim: Beltz, 1964.
- Habermas, J.: Erkenntnis und Interesse. Frankfurt: Suhrkamp, 1968.
- Hahn, P.: Ueber die Indikation zu verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren. Hippokrates, 1969, 24, 941.
- Haley, E.M., Draguns, J.G., Phillips, L.: Studies of Rorschach content: A review of research literature. II. Non-traditional uses of content indicators. Journal of projective Techniques + Personal Assessment, 1967, 31 (2), 3-39.
- Hall, C.S. & Van de Castle, R.L.: The content analysis of dreams. New York: Appleton-Century-Crafts, 1966.
- Hambridge, G. & Gottschalk, L.A.: Verbal behavior analysis - Psychodynamic, structural and temporal correlates of specific variables. In: Hoch, P.H. & Zubin, J. (Eds.): Psychopathology of communication. New York: Grune + Stratton, 1958, 84-97.
- Hamlin, R.M. & Lorr, M.: Relative effectiveness of objective tests and symptom ratings in differentiating psychiatric disorders. Proceedings of the 77th Annual Convention of the American Psychological Association, 1969, 4 (2), 511-512.

- Hartig, M.: Psychotherapieforschung. München: Urban & Schwarzenberg, 1975 (a).
- Hartig, M. (Hrsg.): Selbstkontrolle. Ein kritischer Ueberblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. (2. Aufl.) München: Urban & Schwarzenberg, 1975 (b).
- Hartmann, H.: Psychologische Diagnostik. Köln: Kohlhammer, 1970
- Harty, M.K.: Studies of clinical judgement: I a critique. Bull. of the Menninger Clinic, 1971, 35, 335-352.
- Harway, N.I. & Iker, H.P.: Content analysis and psychotherapy. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 1969, 6 (2), 97-104.
- Harway, N.I., Warren, S., Leibowitz, G, Tinling, D. & Iker, H.P.: Some aspects of language style of manic patients. Paper presented at American Psychological Association, Montreal, 1973.
- Hays, D.G.: Automatic content analysis. Santa Monica, Calif.: Rand, 1960.
- Hays, D.G.: Language and interpersonal relationships. Deadalus, 1973, 102, 203-216.
- Herrmann, Th.: Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung. Göttingen: Hogrefe, 1969.
- Hilf, F.D.: Dynamic content analysis. Archives of General Psychiatry, 1975, 32 (1), 97-102.
- Hilf, F.D., Colby, K.M., Smith, D.C., Wittner, W.K. & Hall, W.A.: Machine-mediated interviewing. Journal of Nervous and Mental Disease, 1971, 4, 278-288.
- Hoch, P.H. & Zubin, J. (Eds.): Psychopathology in communication. New York: Grune + Stratton, 1958.
- Hollingshead, A. & Redlich, F.: Social class and mental illness. New York: Wiley, 1958.
- Holsti, D.R.: Content analysis for the social sciences and humanities. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1969 (b).
- Holzkamp, K.: Kritische Psychologie. Frankfurt: Fischer, 1972.

- Holzman, M.S.: A multidimensional system of content analysis: An example. Bulletin du C.E.R.P., 1967, 16 (3), 289-300.
- Holzman, M. S. & Forman, V.P.A.: A multidimensional content analysis system applied to the analysis of therapeutic technique in psychotherapy with schizophrenic patients. Psychological Bulletin, 1966, 66, 263-281.
- Horn, K. (Hrsg.): Gruppendynamik und der subjektive Faktor. Repressive Entsublimierung oder politisierende Praxis. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 1972.
- Horn, K. Psychoanalyse und gesellschaftliche Widersprüche. Psyche, 1976, 26-50.
- Horwitz, L.: Clinical prediction in psychotherapy. New York: Aronson, 1974.
- Houben, A.: Klinisch-psychologische Beratung. Ansätze einer psychoanalytisch fundierten Technik. München: Reinhardt, 1975.
- Howard, K.I., Orlinsky, D.E. & Hill, J.A.: Content of dialogue in psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, 1969, 16, 396-404.
- Howe, E.S. & Pope, B.: An empirical scale of therapist verbal activity level in the initial interview. Journal of Consulting Psychology, 1961 (a), 25, 510-526.
- Howe, E.S. & Pope, B.: Therapist verbal activity level and diagnostic utility of patient verbal responses. Journal of Consulting Psychology, 1962, 26, 149-155.
- Hunter, I.: The effect of pre-sleep group therapy upon subsequent dream content. Dissertation abstracts, 1967, 27 (10-B), 3672-3673.
- Joffe, W.G. & Sandler, J.: Ueber einige begriffliche Probleme im Zusammenhang mit dem Studium narzisstischer Störungen. Psyche, 1967, 21, 152-165.
- Jones, E.: Treatment of the neuroses. London: Ballière, Tindall & Cox., 1920.
- Junker, H. & Zenz, H.: Der Einsatz datenspeichernder und -verarbeitender Apparate für die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse. Psyche, 1970, 27, 692-702.
- Kächele, H.: Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung. Unveröff. Med. Habilitationsschrift, Universität Ulm, 1976.
- Kächele, H., Grünzig, H.-J. & Mergenthaler, E.: Psychoanalytic process research with computer-aided content analysis. In: Dragi, S. (Hrsg.): The PISA conference on content-analysis. (1979, im Druck).
- Kalter, N., Marsden, G. & Ericson, W.A.: Further comments on response productivity. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 1976, 44 (4), 511-513.

- Faminski, G.: Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation. Stuttgart: Klett, 1970.
- Kanfer, F.H.: Verhaltenstherapie: Ein neues Theoriegerüst zur Lösung klinisch-psychologischer Probleme. Psychologie und Praxis, 1969 13, 1-18.
- Kanfer, F.H. & Phillips, J.: A survey of current behavior therapies and a proposal for classification. In: Franks, C.M. (Ed.): Behavior therapy: Appraisal and status. New York: MacGraw Hill, 1969, 445-475.
- Kanfer, F.H. & Goldstein, A.T.: Helping people change. New York: Pergamon, 1975.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G.: Behavioral diagnosis. In: Franks, C.M. (Eds.): Behavior therapy: appraisal and status. New York: McGraw Hill, 1969.
- Karl, N.J.: Psychotherapy process as a function of the time segment sampled. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 1969, 33 (2), 207-212.
- Keepers, T.D.: Conceptual relationships between test protocols and clinical report. Journal of Personality Assessment, 1971, 35 (3), 241-247.
- Kendell, R.E.: Psychiatric diagnoses: a study of how they are made. Int. Journal of Psychiatry, 1973, 122, 437-445.
- Kennel, K.: Die Entscheidung zur psychoanalytischen Behandlung. In: Muck, R., Schröter, O., Klüwer, R., Eberenz, H., Kennel, K., Horn, K. (Hrsg.): Information über Psychoanalyse. Frankfurt: Suhrkamp, 1974.
- Kernberg, O.: Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger foundation's psychotherapy research project. Bull. Menninger Clin., 1972, 36, 1-278.
- Kernberg, O.: Borderline Patients. American Journal of Psychiatry, 1973, 130.
- Kernberg, O.: Zur Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen. Psyche, 1975, 29, 890-905.
- Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse. München: Urban + Schwarzenberg, 1972, 44-56.
- Keupp, H.: Modellvorstellungen von Verhaltensstörungen: "Medizinisches Modell" und mögliche Alternativen. In: Kraiker, C. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München, 1974.
- Kiesler, D.J.: Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. Psychological Bulletin, 1966, 65, 110-136.
- Kiesler, D.J.: The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis. Chicago: Aldine, 1973.

- Klein, R.H.: A computer analysis of Schrebers memoirs. Journal of Nervous and Mental Disease, 1976, 162 (6), 373-384.
- Klix, F.: Neue Ergebnisse und Entwicklungstendenzen in den kybernetisch-psychologischen Erforschung kognitiver Prozesse. In: Klix, F. (Hrsg.): Kybernetische Analyse geistiger Prozesse. Berlin: VEB, Dt. Verlag der Wissenschaften, 1968.
- Klüwer, R.: Erfahrungen mit der psychoanalytischen Fokaltherapie. Psyche, 1971, 25, 932-947.
- Knapp, P., Levin, S., McCarter, R., Wermer, H., Zetzel, E.: Suitability for psychoanalysis. Psychoan. Quart., 1960, 29, 459-477.
- Koegler, R., Cannon, J.: Treatment for the many. In: Emergency psychiatry and brief therapy. Issue of International Psychiat. Clinics. Boston: Little, Brown, 1966.
- Köhle, K., Böck, D. & Grauhan, A. (Hrsg.): Die internistisch-psycho-somatische Krankenstation. Basel, Editiones Roche, 1977.
- Kohut, H.: Narzissmus. Frankfurt: Suhrkamp, 1973.
- Kokorschke, M.: Zur Praxis der Beratungsarbeit mit Unterschichtfamilien. Wege zum Menschen, 1975, 8/9, 315-331.
- König, W.: Zur Notwendigkeit weiterer Auseinandersetzungen mit der Psychoanalyse und anderen psychotherapeutischen Schulen. In: Höck, K., Szwczyk, H. & Wendt, H. (Hrsg.): Neurosen. Aetiopathogenese, Diagnostik und Therapie. (4. Aufl.) Berlin: Deutsch. Verl. Wiss., 1974, 59-75.
- König, K.: Die Risikobereitschaft des Patienten als prognostisches Kriterium zur psychoanalytischen Behandlung. Zeitschrift für psycho-somatische Medizin und Psychoanalyse. 1974, 20, 304-311.
- König, W.: Die Indikation zur dynamischen Gruppentherapie von Neurosen. In: Höck, K. (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie (2. Aufl.), Berlin: VEB, Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1978, 46-61.
- Kopplin, D.A.: Eliciting responses in client-therapist interaction: content analysis of initial psychotherapeutic interviews. Michigan State U., Dissertation Abstracts, 1966, 27 (3-B), 968.
- Korman, M.: Implicit personality theories of clinicians as defined by semantic structures. Journal of Consulting Psychology, 1960, 24, 180-186.
- Kornblit, A. & Gasparino, A.: Test administration for the evaluation of therapeutic group dynamics. Acta psiquiatrica y psicologica de America Latina, 1967, 13 (3), 215-220.

- Kracauer, S.: The challenge of qualitative content analysis. Public Opinion Quarterly, 1952, 16, 631-642.
- Kraft, T. & Al-Issa, I.: Behavior therapy and the recall of traumatic experience. A case study. Behavior Research and Therapy, 1965, 3, 55-58.
- Kraiker, Ch.: Empirische und theoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie. In: Kraiker, Ch. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler, 1974, 11-32.
- Krause, R.: Produktives Denken bei Kindern. Untersuchungen über Kreativität. Basel: Beltz Verlag, 1977.
- Krause, R.: Zur Auseinandersetzung zwischen "Verhaltenstherapie" und dem psychologischen Schulen. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 1973, 21 (2), 156-163.
- Kuhn, T.S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. (2. Aufl.) Frankfurt: Suhrkamp, 1976.
- Kuiper, P.: Indications and contraindications for psychoanalytic treatment. Int. J. Psycho-Analysis. 1968, 49, 261-264.
- Lambley, P.: Behavior modification techniques and the treatment of psychosis: a critique of Alumbaugh. Psychological Record, 1973, 23 (1), 93-97.
- Lasswell, H.D., Leiter, N. & Assoc.: Language of politics. Studies in quantitative semantics. Stanford: Stanford University Press, 1949.
- Lazarus, A.A.: Verhaltenstherapie im Uebergang. München: Reinhardt Verlag, 1978 a.
- Lazarus, A.A.: Multimodale Verhaltenstherapie. Frankfurt a.M.: Fachbuchhandlung für Psychologie, 1978 b.
- Leary, T. & Gill, M.: The dimensions and a measure of the process of psychotherapy: a system of the analysis of the content of clinical evaluations and patient-therapist verbalizations. In: Rubinstein, E.A. & Parloff, M.B. (Eds.): Research in Psychotherapy. Vol. 1. Washington, D.C.: American Psychol. Association, 1959, 62-95
- Leichner, R.: Klinische Urteilsbildung. In: Pongratz, L.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie. Göttingen, 1978, 8 (2. Halbbd.), 1499-1562.
- Leuzinger, M.: Einfluss von Settingvariablen auf die Untersuchung psychotherapeutischer Prozesse. Erscheint in Zeitschrift der klinischen Psychologie, 1980.

- Levitt, E.E.: Research on psychotherapy with children. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical Analysis. New York: John Wiley & Sons Inc. 1971, 474-494.
- Levy, W.H.: The communication of affect in psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 1967, 16, 102-106.
- Liberman, R.P.: Behavioral approaches to family therapy. In: Sager J. & Kaplan, H.S. (Eds.): Progress in group and family therapy. New York: Brunner + Mazel, 1972, 329-345.
- Lienert, G.A. & Krauth, J.: The configural frequency analysis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 1973, 21 (1), 26-39.
- Limentani, A.: The assessment of analysability: a major hazard in selection for psycho-analysis. Int. J. Psycho-Anal., 1972, 53, 351-361.
- Lisch, R. & Kriz, J.: Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Hamburg: Rowohlt Tabu, 1978.
- Loch, W.: Gedanken über "Gegenstand", Ziele und Methoden der Psychoanalyse. Psyche, 1971, 25, 881-910.
- Loepfe, F., Meyer, M., Schiess, R. & Sluzalek, Ch.: Studie zu Problemen der Psychotherapieforschung. Untersuchung und Kritik eines Gruppentherapieexperimentes. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Univ. Zürich, Psycholog. Institut, 1975
- London, P.: The end of ideology in behavior modification. American Psychologist, 1972, 27, 913-920.
- Lorenzer, A.: Ueber den Gegenstand der Psychoanalyse, oder: Sprache und Interaktion. Frankfurt: Suhrkamp, 1973.
- Lorenzer, H.: Die Wahrheit psychoanalytischer Erkenntnis. Frankfurt: Suhrkamp, 1974.
- Lovaas, I.O.: Certain comparisons between psychodynamic and behavioristic approaches to treatment psychotherapy: Theory, Research, Practice, 1971, 8 (2), 175-178.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A., Cohen, J., Bachrach, H.: Factors influencing the outcome of psychotherapie. Psychological Bulletin, 75, 145, 1971.
- Luborsky, L. & Auerbach, A.H.: The symptom-context method: Quantitative studies of symptom formation in psychotherapy. Journal of American Psychoanalysis Assoc., 1969, 17 (1), 68-99.

- Luer, G.: Gesetzmässige Denkabläufe beim Problemlösen. Weinheim: Beltz, 1973.
- Mahoney, M.: Cognition and behavior modification. Cambridge, Mass.: Bollinger, 1974.
- Malan, D.H.: Psychoanalytische Kurztherapie. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1972.
- Marsden, G., Kalter, N. & Ericson, W.A.: Response productivity: A methodological problem in content analysis studies in psychotherapy. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 1974, 42 (2), 224-230.
- Marsden, G.: Content analysis of therapeutic interviews: 1954 - 1964. Psychological Bulletin, 1965, 63 (5), 298-321.
- Marsden, G.: Content analysis studies of psychotherapy. 1954 - 1968. In: Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1971, 345-407.
- Martin, D.G.: Can the marriage of learning theory to Rogers help neurotics. Contemporary Psychology, 1973, 18, 109-117.
- Meltzoff, J. & Kornreich, Y.: Research in psychotherapy. New York: Asherton, 1970.
- Mergenthaler, E. & Büscher, U.: Benutzerhandbuch für das Programmsystem EVA zur automatisierten Inhaltsanalyse. Ulmer Version. Technischer Bericht DFG-Projekt Th 170/8, August 1978.
- Merz, F.: Die Beurteilung unserer Mitmenschen als Leistung. In: Bericht zum 23. Kongress Dt. Ges. Psychol. (Würzburg 1962). Hg.: Lienert, v.G., Göttingen, 1963, 32-51.
- Miest, P.-C.: Methodische Ueberlegungen zur Objektivierung der Variable Selbstexploration. Eine inhaltsanalytische Untersuchung psychoanalytischer Erstinterviews. Unveröffentl. Arbeitspapier 1977.
- Mills, D.H.: Adjectives pertinent to psychotherapy for use with the semantic differential: an heuristic note. Psychological Reports, 1970, 26 (1), 211-213.
- Minsel, W.R.: Indikation und Kontraindikation der Gesprächspsychotherapie. In: Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Hrsg.: GwG Kinder, München, 1975.
- Minsel, W.R.: Praxis der Gesprächspsychotherapie. Wien: Böhlau, 1975.
- Minsky, M. (Ed.): Semantic information processing. MIT Press, 1968.
- Mintz, J., Luborsky, L. & Auerbach, A.H.: Dimensions of psychotherapy. A factor-analytic study of ratings of psychotherapy sessions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 36 (1), 106-120.
- Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Bd. 1 + 2. Frankfurt: Suhrkamp, 1967.

- Mitsos, S.B.: Semantic aspects of prognosis. Journal of Abnorm. Soc. Psychol., 1959, 58, 137-140.
- Moos, K. & MacIntosh, S.: Multivariate study of the patient-therapist system: A replication and extension. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, 35 (3), 298-307.
- Morgenthaler, F.: Technik zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a.Main: Syndikat, 1978.
- Moser, U., v.Zeppelin, I. & Schneider, W.: Computersimulation eines Modells neurotischer Abwehrmechanismen. Ein Versuch zur Formalisierung der psychoanalytischen Theorie. Bulletin 2 des Psychologischen Instituts der Universität Zürich, Zürich, 1968.
- Moser, U., v.Zeppelin, I. & Schneider, W.: Computersimulation eines Modells neurotischer Abwehrmechanismen (Klinischer Text). Zürich: Eigenverlag: Berichte aus der Abt. Klinische Psychologie der Universität Zürich, 1978 (Nachdruck).
- Moser, U., v.Zeppelin, I., Schneider, W., Pfeifer, R.: Computersimulation von Schlaftraumprozessen. Schlussbericht Schweizerischer Nationalfonds, Projektnr. 1.434.70, 1976.
- Muck, M., Paal, J.: Kriterien der Behandelbarkeit und ihre Feststellung im Vorinterview. Psyche XXII, 1968, 770-777.
- Mundy, J.: Content analysis: TAT Card 12BG the rowboat as a symbol for female body image and sexual activity. Psychological Reports, 1971, 28 (1) (1), 219-222.
- Munley, P.H.: A content analysis of the Journal of Counseling Psychology. Journal of Counseling Psychology, 1974, 21 (4), 305-310.
- Namnun, A.: The problem of analyzability and the autonomous ego. Int. J. Psycho-Anal., 1968, 49, 271-275.
- North, R.C., Holsti, O.R., Zaninovich, M.G. & Zinnes, D.A.: Content analysis. A handbook with applications for the study of international crisis. Ohne Ort: Northwestern University Press, 1963.
- O'Dell, J.W. & Winder, P.: Evaluation of a content analysis system for therapeutic interviews. Journal of Clinical Psychology, 1975, 31 (4), 737-744.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I.: The good therapy hour: Experiential correlates of patients' and therapists' evaluations of therapy sessions. Archives of General Psychiatry, 1967, 161, 621-632.
- Ornston, P.C., Cicchetti, D.V., Levine, J. & Fierman, L.B.: Some parameters of verbal behavior that reliably differentiate novice from experienced psychotherapists. Journal of Abnormal Psychology, 1968, 73, 240-244.

- Osgood, C.E., Saporta, S., Nunnally, J.C.: Evaluative assertion analysis, 1956, 3, 47-102.
- Osgood, C.E.: Contingency analysis. In: De Sola, Pool, J.: Trends in content analysis. Illinois: University of Illinois Press, 1959.
- Oskamp, S.: Overconfidence in case-study judgements. Journal of Consulting Psychology, 1965, 29, 261-265.
- Palmore, E., Lennard, H.L. & Hendin, H.: Similarities of therapist and patient verbal behavior in psychotherapy.
- Parin, P.: Die Indikation zur Analyse. Psyche, 1958, 12, 367-387.
- Parin, P.: Gesellschaftskritik im Deutungsprozess. Psyche, 1975, 29, 97-117.
- Parin, P.: Psychoanalyse und politische Aktualität. Psyche, 1978, 5/6, 385-399.
- Parker, G.V.C.: Some concomitants of therapist dominance in the psychotherapy interview. Journal of Consulting Psychology, 1967, 31, 313-318.
- Pauker, S.G., Gorry, G.A., Kassirer, J.P., Schwartz, W.B.: Towards the simulation of clinical cognition. American Journal of Medicine, 1976, 60, 981-996.
- Peer, A.: A naturalistic study of the assimilation process in psychotherapy. Unpublished dissertation. University of Nevada. Reno. 1976
- Perrez, M.: Symptomverschiebung. Ein Mythos oder ein unklar gestelltes Problem? In: Perrez, M. & Otto, J. (Hrsg.): Symptomverschiebung. Salzburg: O. Müller Verlag, 1978, 7-13.
- Perrez, M. & Otto, J. (Hrsg.): Symptomverschiebung. Salzburg: O. Müller Verlag, 1978.
- Pfeifer, R.: Formalisierung in der Psychologie mit Hilfe von Computersimulation unter besonderer Berücksichtigung von Techniken der "Künstlichen Intelligenz-Forschung". Unveröffentlichte Dissertation an der ETH Zürich, 1979.
- Piaget, J. & Inhelder, B.: Die Psychologie des Kindes. Olten: Walter Verlag, 1972.
- Pino, Ch.J. & Cohen, H.: Trainer style and trainee self-disclosure. International Journal of Group Psychotherapy, 1971, 21 (2), 202-213.
- Plog, U.: Differentielle Psychotherapie II. Bern: Huber, 1976.
- Pool, I. de Sola (Hrsg.): Trends in content analysis. Urbana, Ill: University of Illinois Press, 1959.

- Pruyser, P.W. & Menninger, K.: Language pitfalls in diagnostic thought and work. Bulletin of the Menninger Clinic, 1976, 40 (5), 411-434.
- Reik, Th.: Aus Leiden Freuden. Hamburg: Hoffmann + Campe Verlag, 1977.
- Reik, Th.: Der unbekannte Mörder. Hamburg: Hoffmann + Campe Verlag, 1978.
- Reinecke, H.: Rezension. Blaser, A.: Der Urteilsprozess bei der Indikationsstellung zur Psychotherapie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 1978, 26 (3).
- Remplein, S.: Therapieforschung in der Psychoanalyse. München: Ernst Reinhardt, 1977.
- Ritser, J.: Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Frankfurt a.Main: Athenäum Verlag, 1972.
- Roger, G.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J. & Truax, C.B. (Eds.): The therapeutic relationship and its impact: a study of psychotherapy with schizophrenics. Madison, Wis.: University of Wisconsin Press, 1967.
- Roistacher, E.M.: A computer-based content analysis of a psychotherapy using the General Inquirer. Dissertation Abstracts International, 1975, 36 (6-B), 3067-3068.
- Rosemeier, H.P.: Der wissenschaftstheoretische Standort der Verhaltenstherapie als sozialmedizinisches Problem. In: Cramer, M. & Gottwald, P. (Hrsg.): Verhaltenstherapie in der Diskussion. Kongressbericht, München, 1973, 133-143.
- Rosenkötter, L.: Ueber Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der Psychoanalyse. Psyche, 1969, 23, 161-169.
- Rubinstein, E.A. & Parloff, N.B. (Eds.): Research in psychotherapy. Washington D.C.: American Psychological Association, 1959.
- Rudnitzki, G. & Huber, R.: Kooperationsformen für die psychotherapeutische Versorgung im Aufgabenbereich des niedergelassenen Arztes. Psychother. med. Psychol., 1977, 27, 43-48.
- Sachs, L.: Statistische Auswertungsmethode. Berlin: Springer, 1969.
- Salzberg, H.C.: Verbal behavior in group psychotherapy with and without a therapist. Journal of Counseling Psychology. 1967, 14 (1), 24-27
- Sandifer, M.G., Hordern, A., Green, L.: The psychiatric interview. The impact of the first three minutes. American Journal of Psychiatry, 1970, 126, 968-973.
- Sandler, J., Dare, Ch. & Holder, A.: Die psychoanalytischen Grundbegriffe. Frankfurt a.Main: Suhrkamp, 1973.

- Sandler, J., Dare, Ch. & Holder, A.: The patient and the analyst. New York: Intern. Univers. Press, 1973.
- Sargent, H.D., Loyne, L., Wallerstein, R.S. & Holtzman, W.H.: An approach to the quantitative problems of psychoanalytic research. Journal of Clinical Psychology, 1967, 23, 243-291
- Schaumburg, C., Kächele, H. & Thomä, H.: Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung. Psyche, 1974, 28, 353-374.
- Scheilen, A.E.: Communicational structure: Analysis of a psychotherapy transaction. Bloomington, Ind.: Indiana U. Press, 1973.
- Scherer, K.: Ein Modell zur Erforschung von Kommunikation und Interferenzprozessen in der sozialen Interaktion. In: Tack (Hrsg.): Bericht über den 29. Kongress der deutschen Gesellschaft für Psychologie in Salzburg, 1974, Göttingen: Hogrefe, 1975, Bd. 1, 282-285.
- Schlesinger, H.: Problems of doing research on the therapeutic process in psychoanalysis. Journal Am. Psychoanal. Assoc., 1974, 22, 3-13.
- Schmidbauer, W.: Die hilflosen Helfer. Hamburg: Rowohlt, 1977.
- Schneiderman, L.: Social class, diagnosis and treatment. Amer. J. Orthopsychiat., 1965, 99-105.
- Schoeninger, J.W., Klein, M.H. & Mathieu, P.L.: Sampling from recorded therapy interviews: Patient experiencing rating made with and without therapist speech cues. Psychological Reports, 1967, 20, 250 .
- Schott, E.U.: Zur psychosozialen Struktur von Studienanfängern der Medizin. In: Hochschuldidaktische Forschungsberichte 2, Hamburg, 1975.
- Schulte, D.: Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban + Schwarzenberg, 1974.
- Scobel, W.A.: Sprache und Gesprächspsychotherapie. Eine inhaltsanalytische Untersuchung. Diplomarbeit. Hamburg, 1976. (Erscheint in Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, 1979).
- Scott, W.A.: Reliability of content analysis. The case of nominal scale coding. Public Opinion Quarterly, 1955, 19, 321-325.
- Seege, H.: Relevanz und Entwicklung der Psychologie. Darmstadt: Steinkopf, 1977.
- Seelbach, D.: Computerlinguistik und Dokumentation. Stuttgart: Birkhäuser Verlag, 1975.
- Seidenstücker, G. & Baumann, U.: Zur Situation der Indikationsforschung. Diskussionsbericht über das Symposium zur Indikationsforschung auf dem 31. Kongress der DGfP in Mannheim, 1978 (Im Manuskript) Kiel, 1978.

- Seitz, F.C., Andersen, D.O., Braucht, G.N.: A comparative analysis of Rorschach signs of homosexuality. Psychological Reports, 1974, 35 (3), 1163-1169.
- Seligman, M.E.P.: Helplessness. San Francisco: Freeman, 1975.
- Shakow, D.: The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. Psychoanal. Quart., 1960, 29, 82-97.
- Shapiro, M.B.: The single case in clinical-psychological research Journal of General Psychology, 1966, 74, 3-23.
- Shectman, F.: Provocative issues in psychiatric diagnosis. A dialogue. Bulletin of the Menninger Clinic., 1976, 40, 5, 435-457.
- Shectman, I.A.: Operant conditioning and psychoanalysis: Contrasts, similarities and some thoughts about integration. American Journal of Psychotherapy, 1975, 29, 74-78.
- Shlien, J.M., Hunt, H.F., Matarazzo, J.D & Savage, C. (Eds.): Research in psychotherapy, Vol. III. Washington D.C.: American Psychological Association, 1968.
- Sifneos, P.E.: The motivational process. A selection and prognostic criterion for psychotherapy of short duration. Psychiatric Quarterly, 1968, 42, 271-279.
- Silbergeld, S. & Manderscheid, R.W.: Dyadic free association. Psychological Reports, 1976, 39 (2), 423-426.
- Sloane, B.R., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. Short term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. American Journal of Psychiatry, 1975, 132, 373-377.
- Small, L.: The briefer psychotherapies. New York: Brunner/Mazel, 1971.
- Smith, M.S.: The computer and the TAT. Journal of School Psychology, 1968, 6 (3), 206-214.
- Speidel, H.: Konstruktion und Validierung eines inhaltsanalytischen Wörterbuches zur Erfassung psychoanalytischer Angstthemen. Psychologische Diplomarbeit Konstanz/Ulm (1979, in Vorbereitung).
- Spiegel, J.: Some cultural aspects of transference and countertransference. In: Riessman, F., Cohen, J. & Pearl, A. (Eds.): Mental health of the poor. New York: Free Press of Glencoe, 1964, 303-321.
- Staples, F.R. et al.: Process and outcome in psychotherapy and behavior therapy. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 1976, 44 (3), 340-350.

- Stegmüller, W.: Hauptströmungen der Gegenwarts-Philosophie. (4. Aufl.) Stuttgart: Kröner, 1969.
- Stewart, W.A.: Comments on the manifest content of certain types of unusual dreams. Psychoanalytic Quarterly, 1967, 36 (3), 329-341.
- Stillman, R., Roth, W.T., Colby, K.M., Rosenbaum, C.P.: An on-line computer system for initial psychiatric inventory. American Journal of Psychiatry, , 1969, 125, 8-11
- Stollak, G.E., Cueney, B.G. & Rothbrey, M. (Eds.): Selected reading. Chicago: Rand McNally, 1966.
- Stone, P.J., Bales, R.F., Namenwirth, J., Ogilvie, D.M.: The general inquirer: A computer system for content analysis and retrieval based on the sentence as a unit of information. Behavioral Science, 1962, 7, 848-498.
- Stone, P.J., Dunphy, D.C., Smith, M.S. & Ogilvie, D.M.: The general inquirer: A computer approach to content analysis. Cambridge/Mass.: M.I.T. Press, 1966.
- Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie: Grundlage, Verfahren, Indikationen. München: Urban & Schwarzenberg, 1975.
- Strupp, H.H. & Bergin, A.E.: Research in individual psychotherapy: a bibliography. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service Publication. No. 1944, 1969.
- Strupp, H.H. & Wallach, M.S.: A further study of psychiatrists' responses in quasi-therapy situations. Behavioral Science, 1965, 10, 113-134.
- Swenson, C.H.: Psychotherapy as a special case of dyadic interaction. Psychotherapy: Theory, research and practice. 1967, 4 (1), 7-13.
- Szasz, T.S.: Der Mythos von der seelischen Krankheit. In: Keupp, H. (Hrsg.): Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie. Darstellung einer Kontroverse. München: Urban & Schwarzenberg, 1972 a, 44-56.
- Teitelbaum, H.A.: Defensive verbal communication processes in psychotherapy. In: Hoch, F.H. & Hubin, J. (Eds.): Psychopathology in communication. New York: Grune + Stratton, 1958, 250-261.
- Thiemann, E. & Zahn, E.: Verhaltenstherapie, - für wen ? Nervenarzt, 1973, 44 (2), 108-109.
- Thomä, H.: Zur Rolle des Psychoanalytikers in psychotherapeutischen Interaktionen. Psyche, 1974, 28, 381-394.
- Thomä, H. & Houben, A.: Ueber die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. Psyche, 1967, 21, 664 ff.

Thomä, H. & Kächele, H.: Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Teil 1 und 2. Psyche, 1973, 27, 205-236, 309-355.

Thomä, H., Grüntzig, H.J., Böckenforde, H. & Kächele, H.: Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. Psyche, 1976, 30, 978 ff.

Tiemann, R.: Algorithmisierte Inhaltsanalyse. Prozeduren zur Inhaltsanalyse verbaler Verhaltensweisen. Hamburg: Rowohlt, 1963.

Tolor, A.: Diagnosing the state of the diagnostic function: An analysis of the literature. Journal of Clinical Psychology, 1973, 29 (3), 338-342.

Tomberg, F.: Bürgerliche Wissenschaft. Frankfurt: Fischer, 1973.

Trautner, H.: Wie gut ist Verhaltenstherapie ? Ueberlegungen zu einer Therapiekritik. Zeitschrift für klinische Psychologie, 1973, 2 (4), 300-323.

Treppenhauer, A.: Emanzipatorische Psychologie. Frankfurt: Campus, 1977.

Truax, C.B.: Length of therapist response, accurate empathy and patient improveniens. Journal of Clinical Psychology, 1970, 26, 539-541.

Truax, C.B., Fine, H., Moravec, J. & Millis, W.: Effects of therapist persuasive potency in individual psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 1968, 24, 359-362.

Tyson, R.L. & Sandler, I.: Wer eignet sich für eine Psychoanalyse ? Psyche, 1974, 28, 530-559.

Ursano, R.J. & Dressler, D.M.: Brief vs. long term psychotherapy. A treatment decision. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1974, 159, 164-171.

Varble, D.L.: Relationship between the therapists' approach-avoidance reactions to hostility and client behavior in therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, 32 (3), 237-242.

Viney, L.L.: Anxiety as a function of self-evaluation and related feedback. Personality: An International Journal, 1971, 2 (3), 205-217.

Wachtel, P.L.: Behavior therapy and the facilitation of psychoanalytic exploration. Psychotherapy: Theory, research and practice, 1975, 12, 68-71.

Waldhorn, H.F.: Some technical and theoretical observations concerning the assessment of analysability. Journal of American Psychoanalyt. Assoc., 1960, 8.

Wallerstein, R.S., Sampson, H.: Issues in research in the psychoanalytic process. Int. J. Psychoanal., 1971, 52, 11-50.

- Wallerstein, R.S.: Psychotherapy and psychoanalysis. New York: Int. Univ. Press Inc., 1975.
- Warr, P.B. & Knapper, C.H.: The perception of people and events. New York: Wiley, 1968.
- Wegmann, C.: A computer simulation of Freud's counterwill theory. Behavioral Science, 1977, 22, 218-233.
- Weintraub, S. et al.: Summary of investigations relating to reading. July 1, 1973, to June 30, 1974. Reading Research Quarterly. 1974-75, 10 (3), 543 ff.
- Weintraub, S., Robinson, H.M., Smith, H.: Summary of investigations relating to reading, July 1, 1969 to June 30, 1970. Reading Research Quarterly, 1971, 6 (2), 135-319.
- Westmeyer, H.: Kritik der psychologischen Unvernunft. Probleme der Psychologie als Wissenschaft. Stuttgart: Kohlhammer, 1973.
- White, A.M., Fichtenbaum, L., Dollard, J.: Measured relationships between sexual motivation and anxiety. Journal of Counseling Psychology, 1967, 14 (6), 544-549.
- White, A.M., Fichtenbaum, L., Dollard, J.: An interactive behavior index and verbal content analysis. Journal of Nervous and Mental Disease, 1968, 146 (6), 457-464.
- Willey, M.: The country newspaper. A study of socialization and newspaper content. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1926.
- Winograd, T.: Understanding natural language. Cognitive Psychology, 1972, 3, 1-191.
- Witkin, H.A.: Social influences in the development of cognitive style. In: Goslin, D.A. (Hrsg.): Handbook of socialization; theory and research. Chicago, 1969, 687-706.
- Wittmer, J.: An objective scale for content-analysis of the counselor's interview behavior. Counselor Education & Supervision, 1971, 10 (3), 283-290.
- Wollitzer, A.O., Pulos, S.M., Vitale, J.H.: A scoring method for the Michigan sentence completion test. Newsletter for Research in Mental Health & Behavioral Sciences, 1973, 15 (2), 26-28.
- Woody, R.H.: Conceptualizing the "shared patient": Treatment orientations of multiple therapists. Internat. Journal of Group Psychotherapy, 1972, 22 (2), 228-233.
- Woody, R.H.: Integrated aversion therapy and psychotherapy: two sexual deviation case studies. Journal of Sex Research, 1973, 9 (4), 313-324.

- Wygotski, L.S.: Denken und Sprechen. Berlin: Akademie Verlag, 1964.
- Yazmajian, R.V.: The influence of testicular sensory stimuli on the dream. Journal of the American Psychoanalytic Assoc., 1967, 15 (1), 83-98.
- Zakaras, M.E.: Schizophrenic language: a case study. Dissertation Abstracts International, 1977, 37 (8-B), 4177.
- Zetzel, E.: Zum Krankheitsbild der Depression. Psyche, 1961, 11, 641-650.
- Zielke, M.: Indikation zur Gesprächspsychotherapie. Berlin: Kohlhammer, 1979.
- Zur Lippe, R.: Bürgerliche Subjektivität: Autonomie als Selbstzerstörung. Frankfurt: Suhrkamp, 1975.

A N H A N G

=====

I STANDARDISIERTE INFORMATION AN DEN LAIEN
=====

Standardisierte Information zu den verschiedenen psycho- therapeutischen Verfahren

Zu den Psychotherapieformen, die im Indikationskatalog von Blaser enthalten waren, wurden den Laien schriftlich zu folgenden Punkten standardisierte Informationen gegeben. Wir stützten uns dabei auf das Lehrbuch für Klinische Psychologie (Hrgs. W. J. Schraml, 1970, Bd I und II), da darin die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren überblicksmässig resümiert werden.

1. Kurzer historischer Abriss (Zeitpunkt der Entwicklung,
"Begründer", Verbreitung etc.)
2. Zielsetzung der therapeutischen Interventionen
3. Dauer und Kosten der Behandlung
4. Wissen zur "Binnenindikation" (vgl. p. 5)
(Bei welchen Patienten mit
welcher Störung wurde das
Verfahren bisher angewendet etc.)

II Tabellen zur Strukturierung des Datenmaterials (vgl. 6.2)

= = = = =

Tabelle A : Umfang der Denkprotokolle

Rang	Gruppe	Umfang des Denkprotokolls M (in Anzahl Wörtern)
1	Analytiker: C	1853
2	Psychiater: B	889
3	Laien : D	841
4	Studenten : A	769

Tabelle 28: Übersicht über den Umfang der Denkprotokolle: Hauptuntersuchung

Rang	Gruppe	Umfang der Denkprotokolle M (in Anzahl Wörtern)
1	Analytiker : C	1753
2	Laien : D	1357
3	Psychiater : B	889
4	Studenten : A	838

Tabelle 29: Rangliste der Denkprotokolle aller Beurteiler nach dem
Umfang (in Anzahl Wörtern) : Hauptuntersuchung

Rang	Gruppe	Beurteiler Nr.	Umfang des Denkprotokolls (in Anzahl Wörtern)
1	Laie	71	3592
2	Analyt.	52	3045
3	Analyt.	58	2717
4	Analyt.	56	2507
5	Analyt.	41	2458
6	Laie	76	2406
7	Analyt.	57	2339
8	Analyt.	48	2295
9	Analyt.	60	2161
10	Psychiat.	34	1883
11	Stud.	8	1846
12	Laie	85	1619
13	Stud.	6	1469
14	Analyt.	45	1434
15	Analyt.	53	1348

./.

Fortsetzung Tabelle A

Rang	Gruppe	Beurteiler	Umfang des Denkprotokolls (in Anzahl Wörtern)
16	Stud.	16	1316
17	Analyt.	51	1273
18	Laie	70	1230
19	Analyt.	43	1220
20	Stud.	3	1092
21	Laie	81	1089
22	Analyt.	54	1087
23	Analyt.	46	979
24	Laie	73	967
25	Stud.	5	936
26	Laie	67	918
26	Psychiat.	31	918
26	Stud.	24	918
27	Analyt.	42	827
28	Stud.	10	794
29	Laie	72	712
30	Stud.	7	692
31	Stud.	18	623
32	Stud.	17	611
33	Analyt.	44	599
34	Stud.	1	571
35	Stud.	11	544
36	Psychiat.	32	541
37	Laie	86	535
38	Laie	65	501
39	Stud.	4	425
40	Stud.	2	394
41	Stud.	9	340
42	Psychiat.	35	212

Tabelle B : Expertenindex

Beurteilernummer	Anzahl Wörter der beiden Denkprotokolle (a)	Anzahl Experten- wörter (b)	Experten- index b ($\frac{b}{a}$ 1000)	Rang
------------------	--	--------------------------------------	--	------

$$\bar{M} = 11.20$$

GRUPPE A (STUDENTEN)

1	571	3	5.25	32
2	394	7	17.77	12
3	1092	11	10.07	23
4	425	13	30.59	2
5	936	21	22.44	6
6	1469	15	10.21	22
7	692	11	15.90	15
8	1846	24	13.00	17
9	340	4	11.76	21
10	794	16	20.15	10
11	544	7	12.87	18
16	1316	13	9.88	24
17	611	6	9.82	25
18	623	6	9.63	26
24	918	1	1.09	37

$$\bar{M} = 12.02$$

GRUPPE B (PSYCHIATER)

31	918	20	21.78	7
32	541	4	7.39	26
34	1883	31	16.46	12
35	212	7	33.01	1

$$\bar{M} = 19.66$$

* $\bar{M}$ Mittelwert aller Beurteiler

Fortsetzung Tabelle B

Beurteilernummer	a	b	Experten- index	Rang
------------------	---	---	--------------------	------

GRUPPE C (ANALYTIKER)

41	2458	23	9.36	27
42	827	5	6.04	31
43	1220	29	23.77	5
44	599	8	13.36	16
45	1434	30	20.92	8
46	979	4	4.09	33
48	2295	60	26.14	3
51	1273	16	12.57	19
52	3045	49	16.09	14
53	1348	9	6.68	30
54	1087	28	25.76	4
56	2507	20	7.98	28
57	2339	46	19.67	11
58	2717	32	11.78	20
60	2161	44	20.36	9

$$\bar{M} = 14.96$$

GRUPPE D (LAIEN)

65	501	1	1.99	34
67	918	2	1.61	36
70	1230	2	0.55	38
71	3592	2	0.001	39
72	712	0	0	40
73	967	0	0	40
76	2406	8	3.33	33
81	1089	0	0	40
85	1619	0	0	40
86	535	1	1.89	35

$$\bar{M} = 0.96$$

Tabellen C : Informationsselektion

Informationsselektion

Gemeinsamer Wortschatz der Denkprotokolle und des Interviews

Gruppe A (Studenten)

Beurteiler	Wörter (Token)		Worttypen (Types)		X Text	TTR (Type/Token/Ratio)		Reduktionsfaktor	Stopped
	vor	nach	vor	nach		vor	nach		
1	19168	198	5102	37	0.34	3,76	5.35	0.007	37617
2	"	132	"	27	0.23	"	4.88	0.005	"
3	"	281	"	50	0.49	"	5.62	0.010	"
4	"	127	"	25	0.22	"	5.08	0.005	"
5	"	345	"	65	0.61	"	5.30	0.013	"
6	"	168	"	28	0.30	"	6.00	0.005	"
7	"	192	"	35	0.34	"	5.49	0.007	"
8	"	378	"	78	0.67	"	4.84	0.015	"
9	"	129	"	26	0.23	"	4.96	0.005	"
10	"	224	"	36	0.39	"	6.22	0.007	"
11	"	336	"	65	0.59	"	5.16	0.012	"
16	"	152	"	35	0.27	"	4.34	0.007	"
17	"	377	"	81	0.66	"	4.65	0.016	"
18	"	135	"	26	0.24	"	5.19	0.005	"
24	"	215	"	45	0.38	"	4.78	0.009	"

$$\bar{N} = 125$$

$$\bar{R} = 0.40$$

Fortsetzung Tabelle C

Gruppe B (Psychiater)									
Beurteiler	Wörter(Token)		Worttypen(Types)		Σ Text	TTR		Reduktionsfaktor	Stopped
	vor	nach	vor	nach		vor	nach		
31	19168	195	5102	37	0.34	3.76	5.27	0.007	3761.7
32	"	187	"	40	0.33	"	4.68	0.008	"
34	"	379	"	67	0.67	"	5.66	0.013	"
35	"	75	"	12	0.13	"	6.25	0.003	"
	$\bar{N} = 213$				$\bar{N} = 0.36$				
<u>Gruppe C (Analytiker)</u>									
41	"	448	"	76	0.79	"	5.90	0.015	"
42	"	272	"	48	0.48	"	5.67	0.009	"
43	"	198	"	38	0.34	"	5.21	0.007	"
44	"	183	"	29	0.32	"	6.31	0.006	"
45	"	401	"	82	0.71	"	4.89	0.016	"
46	"	283	"	61	0.50	"	4.64	0.011	"
48	"	444	"	84	0.78	"	5.29	0.016	"
51	"	303	"	53	0.53	"	5.72	0.010	"
52	"	584	"	113	1.02	"	5.17	0.022	"
53	"	351	"	67	0.61	"	5.24	0.013	"
54	"	216	"	43	0.38	"	5.03	0.008	"
56	"	484	"	85	0.85	"	5.69	0.017	"
57	"	477	"	77	0.84	"	6.20	0.015	"
	$\bar{N} = 209$								

Fortsetzung Tabelle C

Gruppe D (Leien)

Beurteiler	Wörter(Token)		Worttypen(Types)		Σ Text	TTR		Reduktionsfaktor
	vor	nach	vor	nach		vor	nach	
65	19168	208	5102	35	0.37	3.76	5.94	0.006
67	"	255	"	47	0.48	"	5.43	0.009
70	"	300	"	57	0.53	"	5.26	0.011
71	"	730	"	125	1.29	"	5.84	0.025
72	"	238	"	45	0.42	"	5.28	0.009
73	"	279	"	56	0.49	"	4.98	0.011
76	"	558	"	103	0.98	"	4.94	0.022
81	"	334	"	71	0.59	"	4.70	0.014
85	"	415	"	72	0.73	"	5.76	0.014
86	"	201	"	35	0.35	"	5.74	0.007
	$\bar{N} = 463$				$\bar{N} = 0.62$			

alle Beurteiler

$\bar{N} = 325$

$\bar{N} = 0.53$

Fortsetzung Tabelle C

Beurteiler	Gruppe D (Laien)									
	Wörter(Token)		Worttypen(Types)		Z Text	TTR		Reduktionsfaktor		
	vor	nach	vor	nach		vor	nach			
65	19168	208	5102	35	0.37	3.76	5.94	0.006		
67	"	255	"	47	0.48	"	5.43	0.009		
70	"	300	"	57	0.53	"	5.26	0.011		
71	"	730	"	125	1.29	"	5.84	0.025		
72	"	238	"	45	0.42	"	5.28	0.009		
73	"	279	"	56	0.49	"	4.98	0.011		
76	"	558	"	103	0.98	"	4.94	0.022		
81	"	334	"	71	0.59	"	4.70	0.014		
85	"	415	"	72	0.73	"	5.76	0.014		
86	"	201	"	35	0.35	"	5.74	0.007		
	$\bar{N} = 463$				$\bar{N} = 0.62$					

alle Beurteiler

$\bar{N} = 325$

$\bar{N} = 0.53$

Tabelle C 2 : Informationsselektion

Informationsselektion :

Divergierender Wortschatz der Denkprotokolle und des Interviews

Gruppe A (Studenten)

Beurteiler	Wörter		Worttypen		Σ Text	TTR		Reduktionsfaktor
	vor	nach	vor	nach		vor	nach	
1	19168	163	5102	130	0.28	3.76	1.25	0.025
2	"	91	"	85	0.16	"	1.07	0.017
3	"	277	"	212	0.49	"	1.31	0.042
4	"	131	"	103	0.23	"	1.27	0.020
5	"	312	"	235	0.54	"	1.33	0.046
6	"	165	"	125	0.29	"	1.32	0.025
7	"	168	"	131	0.29	"	1.28	0.026
8	"	364	"	236	0.64	"	1.54	0.046
9	"	76	"	66	0.13	"	1.15	0.013
10	"	175	"	123	0.31	"	1.42	0.024
11	"	275	"	174	0.48	"	1.58	0.034
16	"	168	"	136	0.30	"	1.24	0.027
17	"	153	"	118	0.27	"	1.30	0.023
18	"	149	"	111	0.26	"	1.34	0.022
24	"	157	"	129	0.27	"	1.22	0.025

$\bar{N} = 187$

$\bar{N} = 0.33$

Fortsetzung Tabelle C 2

Gruppe B (Psychiater)

Beurteiler	Wörter		Worttypen		X Text	TTR		Reduktionsfaktor
	vor	nach	vor	nach		vor	nach	
31	19168	245	5102	192	0.43	3.76	1.28	0.007
32	"	133	"	112	0.23	"	1.19	0.008
34	"	467	"	322	0.82	"	1.45	0.013
35	"	65	"	59	0.11	"	1.10	0.008
	$\bar{M} = 227$				$\bar{M} = 0.36$			

Gruppe C (Analyt.)

41	"	645	"	437	1.14	"	1.48	0.086
42	"	211	"	165	0.37	"	1.28	0.032
43	"	348	"	276	0.61	"	1.26	0.054
44	"	347	"	257	0.61	"	1.35	0.050
45	"	142	"	123	0.25	"	1.15	0.024
46	"	237	"	195	0.42	"	1.22	0.038
48	"	615	"	475	1.08	"	1.30	0.093
51	"	283	"	212	0.50	"	1.34	0.041
52	"	722	"	478	1.27	"	1.51	0.094
53	"	272	"	204	0.48	"	1.33	0.040
54	"	279	"	230	0.49	"	1.21	0.045
56	"	436	"	313	0.77	"	1.39	0.061
57	"	541	"	355	0.95	"	1.52	0.094
58	"	682	"	480	1.20	"	1.42	0.075
60	"	557	"	385	0.96	"	1.45	0.060

Fortsetzung Tabelle C 2

Beurteiler	Gruppe D (Laien)					
	Wörter		Worttypen		I Text	Reduktionsfaktor
	vor	nach	vor	nach		
65	19168	117	5102	98	0.21	0.019
67	"	211	"	167	0.37	0.033
70	"	323	"	254	0.57	0.050
71	"	802	"	486	1.41	0.095
72	"	141	"	130	0.25	0.025
73	"	192	"	140	0.34	0.027
76	"	549	"	433	0.97	0.084
81	"	257	"	211	0.45	0.041
85	"	313	"	241	0.55	0.047
86	"	152	"	127	0.27	0.025

$$\bar{N} = 306 \quad \bar{N}_1 = 0.53$$

$$\text{alle Beurteiler } \bar{N} = 281 \quad \bar{N}_2 = 0.53$$

III SCHLUESSELWOERTER FUER DAS CODING
 DER KOGNITIVEN KONTEXTE
=====

5. FREUD-KONTEXT

4. MARX-KONTEXT

3. CICERO-KONTEXT

2. MACHIAVELLI-KONTEXT

1. CALVIN-KONTEXT

AEH
GRUND
GRÜNDE
URSACHE
BEDINGUNG
MEIN
EIGENE
PERSÖNLICH

GELD
FINANZIELL
FINANZEN
KRANKENKASSE
VERMOEGEN
REICH
ARM
MINDERHEIT
ZEIT
WOHNORT
STADT
LAND
DORF
SCHICHT
BERUFLICH
BERUF
AUSBILDUNG
KLINIK
ÖKONOMISCH
SOZIO-ÖKONOMISCH
GESAMTGESAMT

FORMULIER
FORMULIERUNG
AUSSAGEN
MITTEILEN
MITTEILUNG
KOMMUNIZIER
KOMMUNIKATION
AKZEPTABEL
AKZEPTIER
AUFTRAG
VERSTEH
AUFNEHMEN
AUFFASSEN
KONSEQUENZ
FOLGEN

STRATEGISCH
STRATEGIE
VORGEHENSWEISE
VORGEHEN
ZIEL
METHODE
SYSTEMATISCH
SYSTEM
ERFAHRUNGSGEMÄSS
ERFAHRUNG
LITERATUR
ZUERST

ETHISCH
MORALISCH
IDEOLOGISCH
IDEOLOGIE
RICHTIG
FALSCH
GUT
SCHLECHT
BESSER
BESTE
OPTIMAL
WISSENSCHAFT
GESELLSCHAFT
SOZIAL
ZUFÜHRUNG
ZUFÜHRUNG
RELEVANT
ADEQUAT
VERTRETBAR
SICHER
UNSICHER
ABGESTUFT
MEHR
WENIG
WEISS
WISSEN

IV BEISPIELE ZUR INFORMATIONSSELEKTION
=====

Beispiel zur Informationsselektion: Beurteiler 60, Analytiker (TYP I)
divergierender Wortschatz zwischen Interview und Denkprotokollen

(nur Substantive)

Abschnitt	Fachgebiet	Kontaktangsten
Angsten	Bachrichtigung	Kontaktstörungen
Akustische	Faszination	Kontraindikation
Alkoholikerin	Felder	Kopf
Alkoholikerinwut	Fokaltherapie	Krankenkasse
Amphetaminen	Frage	
Analyse	Frage	
Angabe	Fragezeichen	
Anpassung		Landschaften
Aufsteigerin		Lebensjahr
Ausdruck	Gebrauch	Lebensphase
Auskunft	Gegensatz	Leiden
Averbalen	Gemeinsame	Lerneffekt
	Geschäftsmann	Linie
Band	Geschwister	Material
Bedürfnis	Gesichtsausdruck	Medikamenteneinfluss
Berührungsangsten	Gestalttherapie	Minuten
Beschmutzung	Gestik	Mischneurose
Beziehung	Grad	Mittelschicht
Bild	Graden	Moment
Borderline	Grundstimmung	Monate
		Mutterproblematik
Depressionen	Halbte	Neurose
Diagnose	Hintergrund	
Diskussion	Hinweis	Oberschicht
	Hochdeutsch	Offentlichkeit
	Hysterie	
Eindruck		Persönlichkeitsstörung
Einsamkeit	Indikation	Phobie
Entwicklung	Indikationen	Position
Erstinterview	Indikationsstellung	Problematik
Erwägung	Information	Psychoanalyse
	Interview	Psychoanalyse
	Interview	

Reaktionsbildungen
Realität
Richtung
Rolle

Züge
Zusammenhang
Zusammenhänge
Zwangsneurose

Überraschung
Übertragungen
Umstände
Umständen
Unterscheidungen
Unterschied

Schluss
Schwere
Seen
Sehnsucht
Serapeal
Sexualität
Sinn
Situation
Sozialisation
Stelle
Störung
Störungen
Stuhl
Sucht
Symptom
Symptome
Symptomen

Verbalisationsfähigkeit
Verdacht
Verdachtsdiagnose
Verhalten
Verhaltensmodifikation
Verhaltenstherapie
Verknäppigung
Verschmelzung
Verschmelzungswünsche
Verschwenden
Versprechen
Versprecher
Video
Vorbereitung

Tablettensucht
Teil
Therapie
Tiefegrad
Tieferes
Tochter
Training

Wilder
Wahl
Widerspruch
Widerspruch
Wirksamkeit
Wissenschaft

Beispiel zur Informationsselektion : Beurteiler 24, Student (TYP VII)
divergierender Wortschatz zwischen Interview und Denkprotokollen

(nur Substantive)

Ablösung	Baum
Abschnitt	Beden
Also	
Ankammerbeziehung	
Beziehung	Seite
	Stunden
Denken	Therapie
Dinge	Trinken
Dingen	Trostlosigkeit
Eck	Verantwortung
Eindruck	Vorwürfe
Geschichte	Zeichen
Gespräche	Zigarette
Kamera	Zwangshafes
Kontakte	
Minuten	
Moment	
Nachholbedarfs	
Wegeln	
Nichtkönnen	

Beispiel zur Informationsselektion : Beurteiler 2, Student, (TYP VIII)
divergierender Wortschatz zwischen Interview und Denkprotokollen

Amphetaminsucht	Gedanke Gesicht Gespraches Gespraches Gesprächsanfang Griff Grund
Beziehung	
Bindruck Einfluss Erklärungen Etikette	Patientin Probleverhalten Prüfungssituation
Freude	
Indikation	Teil Therapieindikation
Klientin Kopf	Veränderungen Verhaltensstrategie Versprecher Vordergrund vi
Lebloses	
Marianne Minuten	Zeitpunkt Zwanghafte Zwanghaftigkeit Zwangsneurotikerin

ZUR VOLLSTAENDIGEN DISSERTATION :

ZUGAENGLICH IN DER ZUERCHER ZENTRALBIBLIOTHEK

INHALTSVERZEICHNIS

=====

	Seite
1. Einleitung	
Problemstellung und Vorbemerkungen	1
1.1 Zum Stand der Indikationsforschung in verschiedenen Psychotherapietheorien	5
1.2 Empirische Untersuchungen zu kognitiven Prozessen bei der Indikationsstellung	14
2. Formulierung und Begründung der Fragestellung	21
3. Methodenwahl	25
4. Durchführung der Untersuchung	
4.1 Versuchsplan	28
4.1.1 Design	28
4.1.2 Setting der Untersuchung	28
4.1.3 Anweisung an die Beurteiler	29
4.1.4 Praktisches Vorgehen	34
4.1.5 Messmethoden	35
4.2 Kriterien bei der Auswahl der Videoaufzeichnung eines diagnostischen Interviews ("Gemeinsame") mit einem Patienten	40
4.3 Zusammenstellung der Beurteilergruppen	43
4.4 Hypothesen und Datenauswertungsplan	53
5. Vergleichsstudie mit der Untersuchung Blaser, 1977	
5.1 Darstellung der Untersuchung Blaser	54

5.1.1	Zielsetzung	54
5.1.2	Theoretischer Bezugsrahmen	54
5.1.3	Fragestellung	57
5.1.4	Experimentelles Design	57
5.1.5	Ergebnisse	58
5.2	Motive für die Vergleichsstudie	60
5.3	Fragestellung	68
5.4	Durchführung der Untersuchung	
5.4.1	Vergleichbares Design	69
5.4.2	Statistische Verfahren	71
5.5	Darstellung der Ergebnisse	
5.5.1	Indikationen und "empirische Persönlichkeitseigenschaften"	74
5.5.2	Persönlichkeitseigenschaften (bzw. Indikationsstellung) und subjektiver Sicherheitsgrad	89
5.5.3	Korrelation zwischen den Items	98
5.5.4	Struktur der Beurteilung	104
5.5.5	Itemeinschätzung und Indikation	114
5.5.6	Informationsmenge und Indikation	133
5.5.7	Präferenz für eine Therapieform und Indikation	136
5.5.8	Spezifische klinische Erfahrung und Indikation	136
5.5.9	Zusammenfassung	137
6.	Untersuchung zu den kognitiven Prozessen bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren	
	Eine theoriegeleitete, computerunterstützte Inhaltsanalyse der Denkprotokolle und der Gespräche mit den Beurteilern	141
	Vorbemerkung	141
6.1	Inhaltsanalytische Auswertung im Rahmen unserer Untersuchung	146
6.2	Strukturierung des Datenmaterials mit Hilfe einer lexikalischen Textanalyse	152

6.2.1	Die benutzten Computerprogramme: das KWI von R. Drewek	152
6.2.2	Uebersicht über die Denkprotokolle	153
6.2.3	Ergebnisse	
6.2.3.1	Zum Umfang der Denkprotokolle in den verschiedenen Beurteilergruppen	155
6.2.3.2	Uebersicht über die häufigsten Stichwörter	158
6.2.3.3	Berechnung des Expertenindex anhand des Wortformenindex	162
6.2.3.4	Vokabularselektion: gemeinsamer und divergierender Wortschatz zwischen dem Interview und den Denkprotokollen	169
6.2.3.5	Schlüsselwörter im Kontext	176
6.2.3.6	Linguistische Analysen	176
6.3	Theoriegeleitete Anwendung der computerunter- stützten Inhaltsanalyse	182
	Vorbemerkung	182
6.3.1	Differenzierung der Fragestellung	183
6.3.2	Modelle kognitiver Prozesse	187
6.3.2.1	Clippinger: Ein Computermodell des psychoanalytischen Dialogs	187
6.3.2.2	Pauker, Gorry, Kassirer und Schwartz: Ein Computermodell zum klinischen Entscheidungsprozess	205
6.3.2.3	Unser Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren	216
6.3.2.3.1	Vereinfachte Uebersicht über das Modell	217
6.3.2.3.2	Uebersicht über die Kommunikations- struktur kognitiver Prozesse	233
6.3.3	Darstellung vorliegender empirischer Befunde und Vorarbeiten	253
6.3.4	Durchführung der Analyse	254
6.3.4.1	Zubereitung des Materials	254
6.3.4.2	Problemstellung und Hypothesen	254
6.3.4.3	Kategoriensystem	259
6.3.4.4	Akzente bei der Durchführung der Analyse	277
6.3.4.5	Texteinheiten	277
6.3.4.6	Pretest Planung und Durchführung	277

6.3.5	Ergebnisse und Interpretation Vorbemerkung	281
	ERGEBNISSE ZUR 3. PROBLEMSTELLUNG: INDIVIDUELLE PROBLEMLÖSUNGSTYPEN BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG	
6.3.5.1	Einleitung	283
6.3.5.2	Tabellarische Uebersichten über die Ergebnisse	289
6.3.5.3	Differenzierte Beschreibung der einzelnen Problemlösungstypen	301
	Uebersicht	
	TYP I: DER BRILLIANTE ROUTINIER	301
	TYP II: DER EXPERTE AUS ABWEHR	317
	TYP III: DER PATIENTENZENTRIERTE KOENNER	326
	TYP IV: DER "HILFLOSE HELFER"	341
	TYP V: DER INTUITIVE	350
	TYP VI: DER INTELLEKTUALISIERENDE	360
	TYP VII: DER VERSAGER AUS BETROFFENHEIT	369
	TYP VIII: DER VERSAGER AUS LEISTUNGSANGST	380
6.3.5.4	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	390
	ERGEBNISSE ZUR 2. DIMENSION: AUSBILDUNGS- SPEZIFISCHE PROBLEMLÖSUNGSTYPEN BEI DER INDIKATIONSSTELLUNG	395
6.3.5.5	Einleitung	395
6.3.5.6	Tabellarische Uebersicht zu weiteren Ergebnissen	398
6.3.5.7	Problemlösungstypen bei Psychologie- studenten	404
6.3.5.8	Problemlösungstypen bei Psychoanalytikern	422
6.3.5.9	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	452
	ERGEBNISSE ZUR 1. DIMENSION: SETTING- SPEZIFISCHE VARIABLEN BEI DER INDIKATIONS- STELLUNG	457
6.3.5.10	Einleitung	457
6.3.5.11	Hinweise auf Einflüsse von setting- spezifischen Variablen	458
6.3.5.12	Zusammenfassung	470
7.	Zusammenfassung und Integration der Ergebnisse der beiden Untersuchungsteile	472

Lebenslauf

- 10.4.1947 geboren als drittes von vier Kindern von E. und L. Leuzinger-Egli in Glarus
- 1954 - 60 Primarschule in Mollis und Netstal, Glarus
- 1960 - 63 Sekundarschule in Netstal
- 1963 - 66 Kantonsschule Glarus (64/65 Austauschschülerin des American Field Service in Minnesota, USA) mit Unterseminarabschluss
- 1966 - 67 Oberseminar Schaffhausen, dort im Herbst 67: Primarlehrerpatent
- 1968 B-Matura an der Kantonsschule Glarus
- 1968 - 69 Medizinstudium an der Universität Zürich, im Herbst 1969: naturwissenschaftliche Prüfung für Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte
- 1970 Sprachdiplom an der Università di Firenze im April 1970
- 1970 - 71 Anstellung an der Hilfsschule Schwanden, Glarus
- 1971 Heirat mit Niklaus Meyer, Konzertpianist, Glarus
Abschluss des Heilpädagogischen Abendkurses am Heilpädagogischen Seminar Zürich
- 1971 - 75 Psychologiestudium
Lizentiat in Klinischer Psychologie: Juni 1975
- 1973 - 74 Praktikum mit anschliessender halbjähriger Stellvertretung des leitenden Psychologen des Kinderpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich, Winterthur
- ab Juli 75 Anstellung als Assistentin des Psychologischen Instituts, Abteilung Klinische Psychologie
- Dez. 78 Scheidung
- August 79 Einreichung der Dissertation: Kognitive Prozesse bei der Indikation psychotherapeutischer Verfahren.

KURZZUSAMMENFASSUNG

Für welchen Patienten mit welcher Störung welche Psychotherapie welchen Erfolg verspricht, ist eine Frage, deren Beantwortung die Psychotherapieforschung noch lange beschäftigen wird.

Unsere Arbeit widmet sich dem "Hier und Jetzt" des Klinikers, der beim heutigen Wissenstand gezwungen ist, Indikationen zu stellen. Wie löst er diese Aufgabe? Welche kognitiven Prozesse führen zu der Indikationsstellung bei einem bestimmten Patienten?

Zur Untersuchung dieser Fragestellung entwickelten wir folgende Design:

4 Beurteilergruppen (Psychoanalytiker, Psychiater, klinische Psychologen und psychologische Laien) wurde im Einzelversuch ein Videoband eines Erstinterviews mit einer Borderline Patientin vorgeführt. Nach 8 und 18 Minuten wurde die Vorführung unterbrochen und die Beurteiler gebeten, ihre Gedanken bezüglich der Indikationsstellung laut zu verbalisieren (Denkprotokolle) und ihre vorläufige Indikation schriftlich festzuhalten. Nachdem das ganze Interview abgespielt worden war (40 Minuten), schätzten die Beurteiler 22 Patientenitems (wie z.B. Intelligenz, Motivation, Ichstärke, Frustrationstoleranz etc.) und 3 Beurteileritems (z.B. Sympathie und Interesse an der Patientin) auf einer von Blaser (1977) entwickelten Ratingskala ein, stellten nochmals eine Indikation und eine Diagnose und beantworteten einige Fragen zu ihrem klinischen Urteilsprozess, zu persönlichen Präferenzen und Erfahrungen mit bestimmten Psychotherapieverfahren etc.

Im ersten Teil unserer Untersuchung werten wir die Daten aus dem Rating und den Fragebogen aus und erzielen u.a. folgende Resultate:

- a) 69 der 85 Beurteiler wählen für unsere Patienten ein analytisches Verfahren, obschon sich aus der Analyse ihre Einschätzung ergibt, dass sie die Patientin nicht als typische YAVIS-

Patientin wahrnahmen (Young, Atttractive, Verbalizing, Intelligent aber non Successful).

- b) Die Sympathie der Beurteiler für die Patientin erweist sich, wie in der Untersuchung Blaser (1977) als wichtigster Faktor bei der Indikationsstellung (PA2 des SPSS). Zudem sind für unsere Beurteiler die gesunden Anteile der Persönlichkeit der Patientin entscheidender als die psychopathologischen.
- c) Die Indikationsstellung korreliert mit den von Beurteilern persönlich bevorzugten psychotherapeutischen Verfahren ($p < 0.000$) und mit jenen, in der er selbst die grösste klinische Erfahrung aufweist ($p < 0.006$).
- d) Die Items vermögen nicht zwischen den Indikationen zu trennen. Andere Variablen sind folglich entscheidender für die klinische Urteilsbildung.

Im 2. Teil der Untersuchung analysieren wir die Denkprotokolle und die Gespräche mit den Beurteilern mit einer theoriegeleiteten, computerunterstützten Inhaltsanalyse. Wir entwickeln dazu als erstes ein theoretisches Modell der kognitiven Prozesse bei der Indikationsstellung, aus dem Problemstellungen und Hypothesen abgeleitet werden, die im folgenden im Datenmaterial untersucht werden. Unser theoretischer Ansatz basiert auf zwei Simulationsmodellen, die in der Künstlichen Intelligenzforschung entwickelt wurden (Clippinger, 1977, Pauker, Gorry, Kassirer und Schwartz, 1976). In dieser Modellvorstellung werden, vereinfacht ausgedrückt, die kognitiven Prozesse als Ergebnis von Interaktionen zwischen kognitiven Steuerungszentren ("contexts") mit unterschiedlichen Funktionen (z.B. CALVIN mit normativen Kriterien, MACHIAVELLI mit strategischen, FREUD mit selbstreflektiven) verstanden, deren Programme sich gegenseitig unterstützen, ergänzen aber auch unterbrechen und hemmen können. - Ausgehend von dieser Modellvorstellung kognitiver Prozesse diskutieren wir unsere These, dass die Indi-

kationsstellung als Konfliktlösungssituation des Klinikers aufgefasst werden kann: die Aufgabe, eine Indikation zu stellen, versetzt den Kliniker in eine Konfliktsituation, z.B. bedingt durch die Erwartung des Klienten (bzw. einer Institution), eine "wissenschaftlich-fundierte" Indikationsstellung zu erhalten, und dem Wissen des Klinikers, der über kein wissenschaftlich abgestütztes Wissen zur Indikation, sondern um schulenspezifisches Erfahrungswissen verfügt. Wir können in den Denkprotokollen verschiedene Problemlösungsstile eruieren, die durch persönlichkeits-, ausbildungs- und settingsspezifische Variablen bedingt sind.

Wir definieren 8 Prototypen von Problemlösungsstrategien (z.B. TYP I: DER BRILLIANTE ROUTINIER, TYP II: DER EXPERTE AUS ABWEHR) und untersuchen diese anhand von inhaltsanalytischen Kriterien, abgeleitet aus unserem theoretischen Modell. Diese Analysen ermöglichen u.E. eine vermehrte Transparenz der Komplexität kognitiver Prozesse bei der Indikationsstellung wie auch möglicher Störfaktoren der klinischen Urteilsbildung.

ABSTRACT

The question regarding the type of therapeutical help most appropriate for a certain patient having certain kinds of problems will concern research in psychotherapy for a long time to come.

Our report deals with the "here and now" of the clinician forced to give indications according to the knowledge available nowadays. How does he solve this problem ? What kind of cognitive processes lead to the indication of a psychotherapy for a certain patient ?

In order to study this problem we chose the following design: four groups of clinicians (psychoanalysts, psychiatrists, clinical psychologists and laymen) looked, one after the other, at the same video-taped initial interview of a psychiatrist with a borderline-patient. After 8 and, then again after 18 minutes the showing was interrupted and the clinicians were asked to verbalize their thoughts concerning the indication (thinking protocols). After having seen the whole interview (40 minutes) they rated 22 items about the patient (e.g. intelligence, motivation, ego-strenght etc.) and 3 items concerning the clinician himself (e.g. sympathy and interest for the patient). They formulated a diagnosis, an indication and answered some questions about their clinical decision-making, their personal preferences for certain forms of psychotherapy and their clinical psychotherapeutic experiences.

In the first part of our report we analyse the data of the rating-scale and the questionnaire and get e.g. the following results:

- a) 69 of 85 clinicians choose a analytic treatment for this patient although the means of their ratings show that their perception

of the patient does not agree with the stereotype of a YAVIS-patient (she was considered as Young, Atttractive, Verbalizing, Intelligent, but Non Successful).

- b) The sympathy for the patient turns out to be the most important factor in the clinical decision-making (PA 2, SPSS). The healthy features of the patient's personality are more significant for our clinicians than the psychopathological ones.
- c) The indication correlates with the form of psychotherapy preferred by the clinicians ($p < 0,000$) and with which he is most familiar ($p < 0,006$).
- d) The items cannot discriminate between the different indications. Other variables must be more important for the clinical judgement.

In the second part of the report we analyze the thinking protocols and the interviews with the clinicians by means of a "theory-directed, computerized content-analysis". We develop a theoretical model of cognitive processes during the clinical judgement, deduce hypothesis which are tested in our data. Our theory is based on two models developed in Artificial Intelligence Research (by Clippinger, 1977, Pauker, Gorry, Kassirer and Schwartz, 1976).

In this theoretical concept cognitive processes result from interactions between different cognitive centers ("contexts") having different functions (e.g. the CALVIN contexts: normative functions, the MACHIAVELLI strategic functions, the FREUD context: self-reflective functions etc.). The contexts contain different programmes which can modify, support, but also inhibit or interrupt the functioning of programmes of other contexts.

According to this theory of cognition we discuss our main theses, namely, that the cognitive processes during the clinical decision-making can be regarded as a problem solving situation of the clinician: the task of finding the optimal psychotherapeutic treatment for a patient creates a conflict situation for the clinician caused by the discrepancy between the expectation of the patient (or e.g.

a institution) to get a scientifically proved indication and the knowledge available to the clinician (mostly vage knowledge depending on certain psychotherapeutic orientations etc.). We can find different types of problem-solving in our thinking protocols depending on personality, education and setting variables.

We define eight prototypes of problemsolving (e.g. Type 1: the brilliant routinier, Type 2: the expert for reasons of self-defence etc.) and analyze them by means of the content-analysis and criteria deducted from our theoretical model. This analysis makes it possible to understand more about the complexity of clinical decision-making and to make it more transparent for the diagnosis of the clinician.

